



Universidade de Aveiro Secção Autónoma de Ciências da Saúde
2010

**Ana Rita da Costa
Ferreira**

**QUALIDADE DE VIDA E ESPIRITUALIDADE EM
IDOSOS COM DOR CRÓNICA**



**Ana Rita da Costa
Ferreira**

**QUALIDADE DE VIDA E ESPIRITUALIDADE EM
IDOSOS COM DOR CRÓNICA**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro
para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção
do grau de Mestre em Gerontologia, realizada sob a
orientação científica da Doutora Daniela Maria Pias
Figueiredo, Professora Adjunta da Escola Superior de
Saúde da Universidade de Aveiro.

O Júri

Presidente

Professor Doutor Luís Miguel Teixeira de Jesus
Equiparado a Professor Coordenador da Escola Superior
de Saúde da Universidade de Aveiro

Vogal - Arguente Principal

Professora Doutora Cândida Assunção Santos Pinto
Professora Coordenadora da Escola Superior de
Enfermagem do Porto

Vogal – Orientadora

Professora Doutora Daniela Maria Pias Figueiredo
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da
Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Foram muitas as pessoas que me acompanharam ao longo deste processo.

Desde já, o meu muito obrigada à Professora Doutora Daniela Figueiredo pelo apoio, encorajamento e aconselhamento constantes. Obrigada por me fazer acreditar no meu esforço e trabalho.

À instituição Hospitalar que me possibilitou a realização deste trabalho e a todos os utentes e funcionários da sua Unidade de Tratamento da Dor, sem os quais seria impossível a concretização deste projecto.

À minha colega de caminhada que se revelou uma amiga incansável, a Patrícia Simões.

Aos meus pais e irmã fonte de inspiração e apoio constantes.

Ao Bruno, meu namorado, pela paciência e carinho demonstrados nos momentos de maiores incertezas.

Palavras – chave

qualidade de vida, espiritualidade, envelhecimento, dor crónica

Resumo

Objectivos: A investigação acerca da relação entre a percepção de qualidade de vida e a espiritualidade na idade avançada é ainda muito recente, sobretudo no contexto da dor crónica. Assim, este estudo tem como objectivo geral analisar a relação entre a qualidade de vida e a espiritualidade em pessoas idosas com 75 ou mais anos de idade, utentes de uma unidade de tratamento da dor.

Métodos: Realizou-se um estudo de natureza quantitativa, de tipo descritivo-correlacional. A amostra foi constituída por 33 utentes de uma unidade de tratamento da dor, de um hospital distrital da região centro do país. Os instrumentos de recolha de dados foram a versão portuguesa do EASYCare (Sousa *et al.*, 2009), a Escala de Avaliação da Espiritualidade (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007), e um questionário complementar realizado para recolha de dados clínicos. Os participantes têm uma média etária de 79,12 anos e 54,5% são do género feminino.

Resultados: Os resultados indicam que: i) no geral, as pessoas encontram-se funcionais e independentes; ii) os domínios mais problemáticos são a saúde mental e bem-estar, a mobilidade e o auto-cuidado; iii) as crenças religiosas/espirituais são o domínio da espiritualidade mais significativo; iv) observaram-se correlações significativas entre a qualidade de vida e a dimensão espiritual relativa à esperança/optimismo: as pessoas que perspectivam pior a sua qualidade de vida, são as que têm menos esperança no futuro.

Implicações: Estes resultados sublinham a necessidade e importância de uma abordagem profissional multidisciplinar à pessoa idosa com dor crónica, com especial atenção aos aspectos relativos à sua saúde mental e bem-estar. Destacam também a necessidade do conhecimento das práticas religiosas e espirituais destes utentes pelos profissionais de saúde, por forma a intervirem no cuidado espiritual com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida e reforçar mecanismos de adaptação eficazes perante a sua situação de doença crónica.

Keywords

quality of life, spirituality, aging, chronic pain

Abstract

Objectives: The research on the relationship between the perception of quality of life and spirituality in old age is still very recent, particularly in the field of chronic pain. However, there are still few studies concerning this subject and almost nonexistent when we associate with older people with chronic pain. This study aims at analyzing the relationship between quality of life and spirituality in older people with 75 or more years old, users of a unit of pain treatment.

Methods: We conducted a study of quantitative and correlational-descriptive nature. The sample consisted of 33 users of a unit of pain treatment, of a district hospital of the central region of Portugal. The instruments for data collection were the Portuguese version of EasyCare (Sousa et al., 2009), the Scale for Assessment of Spirituality (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007), and an additional questionnaire conducted to collect clinical data. Participants have an average age of 79.12 years and 54.5% are female.

Results: The results indicate that: I) in general, people are functional and independent; II) the most problematic areas are mental health and well-being, mobility and self-care; III) religious / spiritual beliefs are the most significant area of spirituality; IV) there were significant correlations between quality of life and the spiritual dimension on the hope / optimism: people who prospect worse their quality of life, are those with less hope in the future.

Implications: These results highlight the need and importance of a multidisciplinary professional approach to the elderly with chronic pain with particular attention to aspects of their mental health and well-being. They highlight the need for knowledge of religious and spiritual practices of these users, by health professionals in order to take part in the spiritual care with the aim of improving their quality of life and strengthen mechanisms for effective adaptation to his / her situation of chronic disease.

Índice

Índice de quadros, figuras, tabelas e gráficos.....iv	iv
Introdução.....1	1
1. Envelhecimento humano: características e desafios.....3	3
1.1. O envelhecimento biológico.....3	3
1.2. O envelhecimento psicológico.....5	5
1.3. O envelhecimento social.....7	7
2. Qualidade de vida e envelhecimento.....7	7
2.1. Em torno do conceito de qualidade de vida.....7	7
2.2. Qualidade de vida e envelhecimento.....9	9
2.2.1. Qualidade de vida relacionada com a saúde.....10	10
2.3. Qualidade de vida e modelos de envelhecimento: envelhecimento activo e envelhecimento bem-sucedido.....11	11
2.3.1. Envelhecimento activo.....11	11
2.3.2. Envelhecimento bem-sucedido.....12	12
3. Espiritualidade.....13	13
3.1. Em torno do conceito de espiritualidade.....14	14
3.1.1. Espiritualidade e religiosidade.....15	15
3.2. Espiritualidade enquanto recurso de <i>coping</i> : uma perspectiva desenvolvimental.....16	16
3.3. Espiritualidade e qualidade de vida.....17	17
3.3.1. Espiritualidade e envelhecimento bem-sucedido.....18	18
4. Objectivos.....19	19
5. Metodologia.....20	20

5.1. Desenho de investigação.....	20
5.2. Instrumentos.....	20
5.2.1. O EASYCare- Elderly Assessment System.....	20
5.2.2. Escala de Avaliação da Espiritualidade.....	22
5.2.3. Questionário complementar.....	22
5.3. Procedimentos.....	23
5.3.1. Selecção da amostra.....	23
5.3.2. Procedimentos de recolha de dados.....	23
5.4. Procedimentos estatísticos para o tratamento e análise de dados.....	23
5.5. Estudo das características psicométricas dos instrumentos.....	24
5.5.1. Escala de Avaliação da Espiritualidade.....	24
5.6. Caracterização da amostra.....	24
6. Apresentação dos resultados.....	26
6.1. Qualidade de vida: análise dos itens do EASYCare.....	26
6.1.1. Visão, audição e comunicação.....	26
6.1.2. Cuidar de si.....	27
6.1.3. Mobilidade.....	28
6.1.4. Segurança.....	29
6.1.5. Local de residência e finanças.....	30
6.1.6. Manter-se saudável.....	30
6.1.7. Saúde mental e bem-estar.....	31
6.1.8. Administração de medicação.....	34
6.1.9. EASYCare: resultados globais.....	34
6.2. Espiritualidade: Escala de Avaliação da Espiritualidade.....	35

6.3. Análise da relação entre a qualidade de vida e espiritualidade.....	36
7. Discussão dos resultados.....	37
7.1. Implicações, limitações e perspectivas.....	41
8. Conclusões.....	42
9. Bibliografia.....	44

Apêndice

Apêndice I – Questionário complementar

Anexos

Anexo I – EASYCare 2008

Anexo II – Escala de Avaliação da Espiritualidade

Anexo III – Consentimento Livre e Informado

Índice de quadros, figuras, tabelas e gráficos

Quadro 1. Alterações anatómicas e funcionais dos principais sistemas orgânicos, no envelhecimento primário.....	5
Quadro 2. Efeitos do envelhecimento no desempenho cognitivo.....	6
Figura 1. Modelo revisto do envelhecimento bem-sucedido de Rowe e Kahn.....	19
Tabela 1. Médias, desvio padrão e alph de Cronbach da Escala de Avaliação da Espiritualidade.....	24
Tabela 2. Caracterização da amostra: variáveis sócio-demográficas.....	25
Tabela 3. Caracterização da amostra: variáveis clínicas.....	26
Tabela 4. Visão, audição e comunicação.....	26
Tabela 5. Cuidar de si.....	27
Tabela 6. Mobilidade.....	28
Tabela 7. Segurança.....	29
Tabela 8. Residência e finanças.....	30
Tabela 9. Manter-se saudável.....	30
Tabela 10. Saúde mental e bem-estar.....	32
Tabela 11. Administração de medicação.....	34
Tabela 12. Percepção de qualidade de vida: resultados globais do EASYCare.....	35
Tabela 13. Dimensão vertical da espiritualidade (Escala de Avaliação da Espiritualidade).....	35
Tabela 14. Dimensão horizontal da espiritualidade (Escala de Avaliação da Espiritualidade).....	36
Tabela 15. Correlações entre as dimensões do EASYCare e as sub-escalas da Escala de Avaliação da Espiritualidade.....	37
Gráfico 1. Nº de quedas no último ano.....	29
Gráfico 2. Vacinação e exames de rastreio de cancro.....	31

Gráfico 3. Estado de saúde.....	32
Gráfico 4. Sentir-se sozinho.....	33
Gráfico 5. Dores Corporais.....	33

Introdução

As sociedades actuais debatem-se com os desafios impostos pelo aumento da população idosa. Neste sentido, verifica-se uma crescente preocupação das políticas públicas em fomentar programas e medidas que visem a manutenção da qualidade de vida na idade avançada e contribuam para a promoção de um envelhecimento bem-sucedido.

O processo de envelhecimento é um processo complexo e de difícil definição (Mailloux-Poirier, 1995). Este processo resulta de mudanças biológicas associadas a mudanças psicológicas e sociais, que colocam a população idosa em confronto com perdas e mudanças que exigem o seu constante ajustamento.

Nas últimas décadas, a comunidade científica tem demonstrado um interesse crescente em relação à qualidade de vida na idade avançada. Assim, surgem na literatura tentativas de clarificação do conceito, e estudos que procuram compreender quais os factores associados à qualidade de vida, bem como os instrumentos mais adequados para a avaliar.

A saúde é um dos domínios da qualidade de vida na idade avançada que tem merecido mais atenção por parte da comunidade científica. Alguns estudos perspectivam a saúde como uma das áreas de maior preocupação para a pessoa idosa, que interage e influencia outras dimensões igualmente importantes, nomeadamente, a rede familiar, a situação económica, a rede social e as actividades de lazer (Fernández-Mayoralas *et al.*, 2007).

Associada à ideia de qualidade de vida na idade avançada têm surgido modelos teóricos de envelhecimento, como os modelos de envelhecimento activo e de envelhecimento bem-sucedido. O modelo de envelhecimento activo tem como objectivo principal que a população idosa obtenha qualidade de vida através da optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança (WHO, 2002). O conceito de envelhecimento bem-sucedido foi definido pela primeira vez por Rowe e Kahn (1998), preconizando um modelo de envelhecimento assente na manutenção de um baixo risco de doença e de incapacidade, elevado funcionamento físico e mental, e manutenção de um compromisso activo com a vida.

O processo de envelhecimento é muitas vezes acompanhado de perdas físicas e emocionais, e de situações geradoras de crise, como uma situação de doença crónica, exigindo à pessoa idosa um ajustamento constante. A espiritualidade pode assumir-se assim como um mecanismo de adaptação a estas situações. Este facto é defendido por diferentes autores que consideram que o *coping* religioso/espiritual pode ajudar a pessoa idosa a gerir as situações de crise através da forma como utiliza a sua fé, as suas crenças, ou a sua relação com a transcendência ou com os outros (Dalby, 2006; Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

Recentemente, tem-se assistido na literatura a um interesse crescente pelo estudo da relação entre a qualidade de vida e a espiritualidade. Estes estudos centram-se sobretudo no contexto da doença oncológica ou no âmbito dos cuidados paliativos (Brady, Peterman, Mo & Cella, 1999; John, 2010). Todavia, a literatura ainda é escassa quando, no contexto da dor crónica, se pretende compreender a relação entre a qualidade de vida e a espiritualidade em

peessoas idosas. O impacto da dor crónica na qualidade de vida tem sido estudado em grupos de adultos em geral, devido aos seus efeitos adversos na vida profissional, familiar e social destes doentes (Rippentrop, Altmaier, Chen, Found & Keffala, 2005).

Este estudo visa então compreender a relação entre a percepção de qualidade de vida e a espiritualidade em pessoas idosas com dor crónica. Procedeu-se assim a um estudo de natureza quantitativa, de tipo descritivo-correlacional, com 33 utentes idosos de unidade de tratamento da dor, de um hospital distrital da região centro do país. Este estudo é importante porque: alarga o conhecimento da relação entre a qualidade de vida e a espiritualidade às pessoas idosas e ao contexto da dor crónica; e os seus resultados podem ajudar os profissionais de saúde e os serviços a melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes com dor crónica.

1. Envelhecimento humano: características e desafios

O aumento da esperança média de vida, a par com o declínio da mortalidade entre os jovens e os adultos de meia-idade, contribuiu para o envelhecimento da população mundial, colocando vários desafios às sociedades, mas também aos indivíduos enquanto seres únicos e singulares.

Apesar de ser um processo normal e universal, o envelhecimento é um fenómeno difícil de definir (Mailloux-Poirier, 1995). Traduz-se pela complexidade da evolução biológica dos organismos vivos, acompanhado pelos processos psicológicos e sociais que caracterizam o ser humano (Figueiredo, 2007). Trata-se, portanto, de um fenómeno multidimensional (Mailloux-Poirier, 1995), no qual as diferentes dimensões biológica, psicológica e sócio-cultural interagem entre si e se influenciam reciprocamente (Figueiredo, 2007).

O envelhecimento consiste num fenómeno profundamente relacionado com os processos de crescimento e de diferenciação, pois resulta da interacção entre a “informação genética” e todas as outras variáveis individuais e sócio-culturais que constituem o contexto de vida do indivíduo (Tamer & Petriz, 2007). Esta interacção dá-se de forma dinâmica e activa, sendo uma relação variável, mutável, particular e criativa em termos pessoais. Os indivíduos podem pois envelhecer mais rapidamente nalgumas dimensões que noutras (Spar & La Rue, 2005). Neste sentido, a principal característica do envelhecimento é a variabilidade inter e intra-individual, ou seja, o processo de envelhecimento ocorre de forma distinta em diferentes indivíduos, mas também na mesma pessoa, dependendo da dimensão considerada, da fase de envelhecimento e do momento em que é vivenciado.

1.1. O envelhecimento biológico

O envelhecimento biológico, ou senescência, refere-se às transformações físicas que reduzem a eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo (Figueiredo, 2007). Neste sentido, o envelhecimento biológico é muitas vezes associado ao declínio biológico, traduzido, por exemplo, pela flacidez da pele e músculos ou a perda da acuidade auditiva e visual (Schaie & Willis, 2002).

Contudo, senescência não é sinónimo de doença, pois apesar da normal deterioração das estruturas e das capacidades funcionais do organismo que limitam progressivamente a actividade do ser humano, este tem uma capacidade de adaptação que lhe permite manter uma condição de saúde (Berger, 1995). Mas esta capacidade de adaptação não é inesgotável, uma vez que as modificações fisiológicas do envelhecimento são cumulativas (Berger, 1995), e a deterioração biológica geral aumenta a vulnerabilidade do indivíduo à doença e, conseqüentemente, à morte (Figueiredo, 2007).

Nesta perspectiva, pode distinguir-se entre envelhecimento primário, também designado por envelhecimento normal ou senescência, e envelhecimento secundário ou patológico. O

envelhecimento primário reflecte um limite intrínseco da longevidade celular, possivelmente pré-programado a nível genético (Spar & La Rue, 2005). Neste padrão de envelhecimento as qualidades necessárias à vida e à sobrevivência modificam-se e são substituídas por outras (Berger, 1995).

O envelhecimento secundário ocorre devido aos efeitos acumulados das agressões ambientais, doenças e traumatismos (Spar & La Rue, 2005). De facto, as lesões associadas às diferentes alterações normais contribuem para alterar ainda mais a capacidade biológica de auto-regulação e de adaptação do organismo às exigências externas (Berger, 1995).

No entanto, a distinção entre envelhecimento primário e secundário, ou senescência e doença, é particularmente complexa. Numa tentativa de clarificar esta complexidade sugere-se perspectivar envelhecimento primário e secundário como um contínuo. Num extremo, envelhecimento e doença são claramente distintos, uma vez que determinadas alterações jamais poderiam considerar-se como patológicas (por exemplo, as rugas). No extremo oposto, o normal e o patológico sobrepõem-se, já que o normal acima de um certo limiar se torna patológico (por exemplo, a descalcificação não é considerada doença até atingir determinado limite) (Figueiredo, 2007).

Para além destes dois conceitos de envelhecimento, tem sido proposto um terceiro, o “envelhecimento terciário”, ou padrão de declínio terminal, caracterizado por mudanças súbitas em diversas capacidades cognitivas e funcionais (Figueiredo, 2007).

Considerando a heterogeneidade implícita ao processo de envelhecimento, nomeadamente ao envelhecimento biológico, há todavia uma série de alterações estruturais e orgânicas que fazem parte do envelhecimento primário. No quadro 1 expõem-se essas alterações e as suas consequências.

Sublinhe-se que a maioria das pessoas idosas encontra-se funcional e não apresenta limitações a nível da realização das actividades de vida diária. Porém a investigação tem demonstrado a estreita relação entre dependência e idade, isto é, a percentagem de indivíduos que apresentam limitações na capacidade funcional aumenta ao considerar-se coortes de idades mais avançadas (depois dos 75 ou 80 anos) (Figueiredo, 2007). De facto, as modificações associadas à senescência provocam uma diminuição na capacidade de adaptação dos organismos (Berger, 1995), colocando o indivíduo numa situação de maior vulnerabilidade à doença e, consequentemente, interferem adversamente na sua qualidade de vida.

Quadro 1 – Alterações anatómicas e funcionais dos principais sistemas orgânicos, no envelhecimento primário.

Sistema	Modificações anatómicas	Modificações funcionais
Cardiovascular Coração	Diminuição do tamanho e flexibilidade da matriz de colagénio; deposição de lípidos no miocárdio; infiltração de lípidos e calcificação das válvulas aórtica e mitral.	Diminuição do enchimento diastólico ventricular esquerdo; diminuição do débito cardíaco em esforço máximo e da fracção de ejeção.
Artérias	Redistribuição e rearranjo molecular da elastina e colagénio nas paredes arteriais; calcificação.	Perda de elasticidade dos vasos e acumulação de depósitos nas paredes; aumento da tensão sistólica.
Respiratório Pulmões	Canais alveolares e alvéolos dilatados; perda da elasticidade.	Diminuição da capacidade ventilatória, mais acentuada durante o exercício; atrofia e rigidez pulmonar; problemas de expectoração das secreções brônquicas.
Musculoesquelético	Maior rigidez da parede e das articulações da caixa torácica; cifose aumentada; degeneração e calcificação das cartilagens.	Diminuição da capacidade ventilatória, mais acentuada durante o exercício; atrofia e rigidez pulmonar; problemas de expectoração das secreções brônquicas.
Gastrointestinal	Alguma perda de células musculares lisas do intestino; atrofia da mucosa gástrica; aumento do pH gástrico; atrofia das glândulas salivares; modificação dos tecidos dentários; certa perda de hepatócitos; redução da circulação hepática.	Diminuição da eficiência da eliminação; obstipação; diminuição do sentido do paladar; perda de dentes; cáries; diminuição da metabolização de fármacos.
Genitourinário	Perda de massa renal, de glomérulos; diminuição do número de nefrónios; diminuição da elasticidade da bexiga, em especial na mulher; hipertrofia benigna da próstata no homem.	Redução da fracção de filtração glomerular e do fluxo plasmático renal; menor capacidade de esvaziamento da bexiga – micções mais frequentes e menos abundantes.
Endócrino	Atrofia e fibrose; perda da vascularização.	Redução geral da taxa de secreção, mas em repouso podem manter-se constantes; possibilidade de perturbação no metabolismo da glicose.
Nervoso	Perda de peso e volume do cérebro; perda e/ou degenerescência neurofibrilar de neurónios; perda da árvore dendrítica com diminuição das conexões interneuronais; acumulação de placas senis.	Evidência inconstante de diminuição do fluxo sanguíneo; redução do metabolismo da glicose e oxigénio; alterações intelectuais; perda de motricidade fina; diminuição das sensações tácteis; diminuição da capacidade mnemónica a curto prazo; dificuldade no controlo da postura e equilíbrio.
Musculoesquelético	Redução da massa muscular e óssea; desmineralização óssea; aumento da gordura nos músculos e cálcio nas cartilagens; degenerescência nas cartilagens; perda de elasticidade nas articulações.	Perda da força muscular e do vigor.
Imunológico	Involução do timo; diminuição da proporção das células T; diminuição da resposta proliferativa celular à estimulação dos receptores das células T.	Lentidão da resposta imunitária a um antígeno; imunodeficiência relativa; aumento da susceptibilidade ao cancro.
Órgãos dos sentidos	Coloração amarela do cristalino.	Perda da acuidade auditiva e visual, especialmente na visão nocturna.

Adaptado de Spar e La Rue (2005)

1.2. O envelhecimento psicológico

As mudanças biológicas associadas ao processo de envelhecimento têm implicações no funcionamento cognitivo (aprendizagem, memória, inteligência) e na personalidade. Para o idoso, a relação entre o funcionamento físico e o funcionamento psicológico ganha importância

progressiva à medida que os declínios da natureza física começam a traduzir-se em limitações acentuadas a nível do funcionamento individual global (Fonseca, 2005a).

O quadro 2 sumaria os efeitos do envelhecimento no funcionamento cognitivo.

Quadro 2 - Efeitos do envelhecimento no desempenho cognitivo

Aptidão	Sentido de mudança no envelhecimento	Comentário
Inteligência Vocabulário, fundo de conhecimento Habilidades perceptivomotoras	Estável ou crescente Em declínio	Pode declinar ligeiramente em idade muito avançada; mais pronunciado em tarefas novas. O declínio começa pelo 50 - 60 anos.
Atenção Campo de atenção Atenção complexa	Estável a declínio ligeiro Declínio ligeiro	Problemas em dividir a atenção, filtrar ruído, deslocar a atenção.
Linguagem Comunicação Sintaxe, conhecimento de palavras Fluência, nomeação Compreensão Discurso	Estável Estável Declínio ligeiro Estável a declínio ligeiro Variável	Na ausência de défice sensorial. Varia com o grau de instrução. Lapsos ocasionais em encontrar palavras. Alguma erosão no processamento de mensagens complexas. Pode ser mais impreciso, repetitivo.
Memória De curto prazo (imediate) De trabalho Secundária (recente) Implícita Remota	Estável a declínio ligeiro Declínio ligeiro Declínio moderado Estável a declínio ligeiro Variável	Intervalo de dígitos em contagem crescente intacto (7 +/- 2 itens), mas com fácil ruptura por interferências. Aptidão diminuída para manipular informação na memória de curto prazo. Défices de codificação e recuperação; armazenagem intacta. Pode recordar com mais facilidade características incidentais do que informação processada conscientemente. Intacta para aspectos mais importantes da história pessoal.
Visuo-espacial Copiar desenhos Orientação topográfica	Variável Em declínio	Intacta para figuras simples, mas não complexas. Mais notável em terreno não familiar.
Raciocínio Resolução lógica de problemas Raciocínio prático	Em declínio Variável	Alguma redundância e desorganização. Intacto para situações familiares.
Funções de execução	Declínio ligeiro	Planeamento / monitorização menos eficiente de comportamentos complexos.
Velocidade	Em declínio	Lentificação do pensamento e da acção, é a mudança mais constante no envelhecimento.

Adaptado de Spar e La Rue (2005)

As alterações cognitivas associadas ao envelhecimento normal variam, habitualmente, entre alterações ligeiras a moderadas, havendo algumas áreas em que o desempenho se mantém ou melhora (Quadro 2). No entanto, este padrão diferencial é menos aparente se se considerar os mais idosos (com 85 ou mais anos de idade), relativamente a alguns dos quais certos estudos referem um padrão generalizado de declínio gradual (Spar & La Rue, 2005).

A questão da estabilidade ou da mudança na personalidade à medida que se envelhece tem nortado o interesse da Psicologia do Envelhecimento. Neste sentido, um dos aspectos mais estudados tem sido a relação entre o processo de envelhecimento e as possíveis mudanças nos traços que constituem a personalidade (Schaie & Willis, 2002; Spar & La Rue, 2005; Figueiredo, 2007). Na generalidade, os resultados indicam uma tendência para a estabilidade com o passar do tempo. Todavia, a estabilidade básica nos traços de personalidade parece ser sensível aos acontecimentos e situações de vida.

1.3 O envelhecimento social

Para além dos processos biológicos e psicológicos, o envelhecimento é um processo cultural e social (Osório, 2007). Com o avançar da idade existem alterações nos papéis sociais que exigem adaptações constantes. À semelhança de outras fases do desenvolvimento humano, a velhice é um período em que ocorrem determinadas modificações, frequentemente representadas pela literatura gerontológica como *perdas*. Todavia, a perda de alguns papéis sociais (por exemplo, o de profissional) não tem de ser perspectivada como um acontecimento negativo, acompanhado de estados de tristeza e insatisfação com a vida, mas pode ser experienciada como um normal desenrolar de acontecimentos e transformações com as quais a pessoa interage e se ajusta satisfatoriamente (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006; Figueiredo, 2007).

2. Qualidade de Vida e Envelhecimento

O processo de envelhecimento e as modificações a ele associadas constituem um campo de investigação de interesse crescente. Sendo um processo complexo, que pode ser interpretado de diversas perspectivas, é também um fenómeno normal, universal mas que cada um vivencia de forma individual.

O crescimento que se tem verificado na população idosa, sobretudo nos países mais desenvolvidos, torna particularmente actual a problemática da qualidade de vida nos mais velhos (Ramos, 2001).

2.1. Em torno do conceito de qualidade de vida

O termo “qualidade de vida” surgiu na segunda metade do século XX, associado a problemas de poluição do meio ambiente. Na década de 60, o conceito aparece ligado a indicadores sociais, como a existência de saneamento ou a acessibilidade aos cuidados de saúde, evoluindo nas décadas seguintes para a conceptualização de bem-estar objectivo e social (Fernández-Mayoralas *et al.*, 2007).

O conceito de qualidade de vida é, ainda hoje, complexo e de difícil definição. No entanto, parece haver algum consenso de que se trata de um conceito multidimensional, que se constrói sobre diferentes áreas (como a política ou sócio-económica), domínios (micro e macro) e componentes (como por exemplo, as relações familiares e com os outros, o bem-estar emocional, a saúde), e é frequentemente utilizado como um indicador de avaliação das políticas públicas (Brown, Bowling & Flynn, 2004; Fernández-Mayoralas *et al.*, 2007).

Segundo Brown, Bowling e Flynn (2004) o conceito de qualidade de vida tem vindo a ser perspectivado sob duas dimensões: uma macro, social e objectiva; outra micro, individual e subjectiva. Assim, a qualidade de vida pode ser entendida como um conceito (Brown, Bowling & Flynn, 2004): objectivo, que inclui as condições de emprego, habitação, educação e circunstâncias ambientais (dimensão macro); ou subjectivo, englobando as experiências de vida, valores, sensação de bem-estar, felicidade e satisfação de vida de cada indivíduo (dimensão micro).

Enquanto conceito dinâmico e multidimensional, o termo “qualidade de vida” apresenta vários desafios relativamente à sua medição. Basta reflectir no facto de, na sua definição, se contemplar as experiências individuais, positivas e negativas que ao longo do tempo condicionam a própria percepção do indivíduo sobre o conceito (Brown, Bowling & Flynn, 2004).

Dada a complexidade inerente ao conceito de qualidade de vida, ainda não existe consenso relativamente às abordagens teóricas que procuram conceptualizar e avaliar a qualidade de vida na idade avançada. Todavia, Brown, Bowling e Flynn (2004), através de uma revisão sistemática da literatura, propuseram uma taxionomia de diferentes abordagens susceptíveis de aplicação ao contexto gerontológico:

- *Indicadores objectivos* (inclui o padrão de vida, a saúde e longevidade, habitação e características de vizinhança);
- *Indicadores subjectivos* (centrados na satisfação com a vida e bem-estar psicológico, valores, morais e felicidade);
- *Satisfação das necessidades humanas* (incluindo as circunstâncias objectivas e subjectivas propostas por Maslow (1962, citado por Walker, 2005): desde as necessidades mais básicas de segurança e alimentação, até às necessidades de pertença social, competência, controlo, ego, estatuto e auto-estima);
- *Modelos psicológicos* (ênfase no crescimento pessoal, competências cognitivas, eficácia e adaptabilidade);
- *Modelos de saúde e funcionalidade* (baseados em medidas de avaliação do estado de saúde geral, depressão e funcionalidade nas actividades básicas e instrumentais de vida diária);
- *Modelos de saúde social* (inclui indicadores relativos às redes sociais, de suporte e actividades sociais);
- *Coesão social e capital social* (incluiu os recursos sociais, ambientais e locais, ou seja, aqueles recursos que facilitam a reciprocidade e a confiança nas interacções sociais);

- *Modelos ambientais* (centram-se no estudo do ambiente onde a pessoa se insere, e na importância de se promover ambientes facilitadores da independência e participação social das pessoas idosas);
- *Abordagens hermenêuticas* (abordagens baseadas nos valores individuais, interpretações e percepções, satisfação pessoal, circunstâncias e prioridades de vida).

A multiplicidade de perspectivas disciplinares sobre este conceito torna compreensível a inexistência de uma definição ou medida de avaliação consensual. Segundo Walker (2005), a própria possibilidade de um modelo teórico de qualidade de vida é discutível porque, na prática, ele teria de operacionalizar um constructo com diferentes níveis, capaz de englobar as múltiplas dimensões de cada pessoa.

2.2. Qualidade de vida e Envelhecimento

O aumento da população idosa tem levado a uma crescente preocupação das políticas públicas, nacionais e internacionais, em desenvolver programas que contribuam para a qualidade de vida deste grupo populacional.

Definir qualidade de vida na idade avançada é um desafio igualmente complexo devido ao elevado número de áreas disciplinares envolvidas no seu estudo e à multiplicidade de quadros teóricos que dificultam o consenso acerca do conceito (Walker, 2005). Todavia, apesar da ausência de uma definição consensual, Walker (2005) nomeia alguns pontos de concordância entre a comunidade científica que poderão contribuir para a compreensão do conceito de qualidade de vida na idade avançada:

1º) Reconhece-se a sua natureza dinâmica, multidimensional e complexa, resultante da interacção de múltiplas influências objectivas e subjectivas, macro e micro, positivas e negativas. Como tal, as medidas utilizadas para avaliar a qualidade de vida têm vindo pragmaticamente a operacionalizar este conceito como uma série de domínios;

2º) A qualidade de vida na idade avançada resulta da combinação interactiva de factores associados ao curso de vida e de factores situacionais imediatos. Este conceito não se reporta apenas aos recursos individuais e psicológicos de cada pessoa, mas atende também às oportunidades e recursos sociais e económicos que tem ao seu dispor ao longo da vida, como a segurança sócio-económica, a coesão e a inclusão social. Por exemplo, a situação profissional antes da reforma e a respectiva (in)segurança financeira condicionam o acesso aos cuidados de saúde na idade avançada;

3º) Os factores que influenciam a qualidade de vida são semelhantes para diferentes grupos etários. Esta semelhança é particularmente evidente quando se perspectiva a meia-idade e a idade avançada. Todavia, quando se comparam jovens e pessoas idosas, factores como a saúde e a capacidade funcional assumem uma maior relevância para as pessoas idosas;

4º) Os factores de qualidade de vida na idade avançada diferem habitualmente entre grupos de pessoas idosas. Por exemplo, existem diferentes prioridades definidas pelos idosos que vivem no domicílio e os que se encontram institucionalizados. Os primeiros valorizam mais a sua integração social, enquanto que os segundos tendem a valorizar mais o contexto ambiental, a organização do seu quotidiano, as relações interpessoais com os profissionais da instituição e os outros residentes (Fernández-Ballesteros, 1998, citado por Walker, 2005);

5º) A variabilidade nos resultados de avaliação da qualidade de vida em diversos estudos deve-se mais às percepções subjectivas de saúde e bem-estar psicológico do que a factores objectivos, como indicadores económicos ou sócio-demográficos. Compreende-se esta ideia através de duas ordens de razões que se relacionam: por um lado, não são as circunstâncias *per se* que são determinantes, mas antes o grau de controlo nelas exercido pelas pessoas idosas; por outro lado, é fundamental que os recursos psicológicos de cada indivíduo lhe permitam encontrar estratégias compensatórias de adaptação, processo denominado de “optimização selectiva com compensação” (Baltes & Baltes, 1990, citado por Walker, 2005). Existe alguma evidência empírica de que a capacidade para operacionalizar tais estratégias de ajustamento perante a doença, a incapacidade ou a morte de alguém, se associa a níveis mais elevados de satisfação com a vida e qualidade de vida na idade avançada (Freund & Baltes, 1998, citado por Walker, 2005).

O conceito de qualidade de vida pode ser identificado como um dos principais indicadores de avaliação da condição de vida dos idosos (Fonseca, 2005b). Castellón (2003, citado por Fonseca, 2005b), refere que é possível conceptualizar a qualidade de vida no envelhecimento atendendo a diferentes componentes: componente objectiva (condições de vida), componente subjectiva (satisfação pessoal com as condições de vida), associação entre as duas componentes anteriores e combinação das componentes objectivas e subjectivas segundo o padrão de valores e aspirações de cada pessoa.

A qualidade de vida associada ao envelhecimento está dependente do contexto e das circunstâncias a que cada pessoa está sujeita (Fernández-Ballesteros, 1998, citado por Fonseca, 2005b). O estilo de vida adoptado, as condições pessoais particulares (posição social, idade ou género) e os factores sociodemográficos aparecem, em estudos recentes, como os factores que melhor explicam as diferenças inter-individuais da qualidade de vida na população idosa (Fonseca, 2005b).

2.2.1 Qualidade de vida relacionada com a saúde

A saúde é uma das dimensões da qualidade de vida com mais importância para a população idosa. De facto, a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) pode ser entendida como uma dimensão da qualidade de vida, embora se trate de um conceito mais estreito e específico, que pode ser delimitado pelas expectativas associadas ao estado de saúde de cada pessoa idosa e à assistência sócio-sanitária a que tem acesso. Pode ser assim percebida

como uma concepção individual que implica uma auto-avaliação e uma mudança ao longo do tempo (Fernández-Mayoralas *et al.*, 2007).

Nos últimos anos têm sido realizados alguns estudos sobre a avaliação da qualidade de vida na idade avançada, centrando-a na condição de saúde e funcionalidade.

Existem particularidades a que se deve atender quando se analisa a QVRS na população idosa pois muitas pessoas idosas continuam saudáveis e funcionais. No entanto, existe uma maior complexidade dos problemas de saúde (comorbilidade), sendo também necessário distinguir entre função física e capacidade de auto-cuidado, uma vez que esta exige capacidade mental para realizar tarefas complexas (por exemplo ir às compras, usar electrodomésticos). A institucionalização também modifica a própria conceptualização da qualidade de vida e da QVRS, aumentando a importância de factores como a autonomia, o controlo, a segurança, e minimizando ou mesmo anulando outros, como por exemplo, a realização de tarefas domésticas (Fernández-Mayoralas *et al.*, 2007).

Fernández-Mayoralas *et al.* (2007), no seu estudo sobre o significado da saúde na qualidade de vida dos idosos, verificaram que esta é uma das 19 áreas da qualidade de vida identificadas pelas pessoas idosas, que influencia e é influenciada por outras dimensões como: rede familiar; situação económica; rede social e actividades de lazer. Os autores assinalam a importância da determinação dos aspectos referentes à qualidade de vida relacionada com a saúde para que se possam desenhar intervenções preventivas e correctivas orientadas para a manutenção e melhoria da percepção da saúde global das pessoas idosas.

2.3. Qualidade de vida e modelos de envelhecimento: envelhecimento activo e envelhecimento bem-sucedido

Qualidade de vida, envelhecimento activo e envelhecimento bem-sucedido são conceitos distintos, embora comumente confundidos e utilizados de forma indiferenciada na definição de orientações de programas e políticas de envelhecimento. De facto, qualidade de vida é um conceito mais abrangente que envolve uma grande variedade de perspectivas multidisciplinares, principalmente sociológica, biomédica, psicológica, económica e ambiental (Walker, 2005).

No entanto, alguns dos factores que determinam a qualidade de vida na idade avançada sobrepõem-se a determinadas dimensões que constituem os conceitos de envelhecimento activo e envelhecimento bem-sucedido.

2.3.1. Envelhecimento activo

No final da década de 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) empregou o conceito de envelhecimento activo para transmitir uma mensagem mais abrangente e inclusiva do processo de envelhecimento do que o termo “envelhecimento saudável” (WHO, 2002).

Segundo a OMS (WHO, 2002), o envelhecimento activo pode ser entendido como um processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança com o objectivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem.

O principal objectivo do envelhecimento activo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas, mesmo as que apresentam maior fragilidade ou incapacidade. Este paradigma de envelhecimento reconhece as pessoas idosas como um grupo heterogéneo, cujas diferenças tendem a aumentar com o avançar da idade e atribui-lhes uma responsabilidade política e social, no exercício de uma participação activa em sociedade (WHO, 2002).

O modelo contempla alguns factores que determinam o processo de envelhecimento activo. Esses factores podem ser transversais a um grupo populacional, como o género e a cultura ou implicar outros factores como: os determinantes sociais, económicos, pessoais e comportamentais, os próprios serviços sociais e de saúde e o ambiente físico (WHO, 2002).

2.3.2. Envelhecimento bem-sucedido

O conceito de envelhecimento bem-sucedido surge nos finais da década 60, reflectindo uma preocupação a nível mundial, como um modelo que procurava um equilíbrio entre a capacidade da pessoa idosa e as exigências do ambiente (Fonseca, 2005b).

O estudo realizado pela *Fundação MacArthur*, lançado em 1984, constitui um dos principais contributos para a afirmação do conceito de envelhecimento bem-sucedido, numa tentativa de ultrapassar a visão do envelhecimento centrado na doença e na incapacidade (Fonseca, 2005b). Após este primeiro passo, surge a perspectiva de Rowe e Kahn (1998) que apontam os factores que permitem à pessoa manter-se funcional à medida que envelhece.

Rowe e Kahn (1998) definem pela primeira vez envelhecimento bem-sucedido como a capacidade da pessoa idosa para manter três características fundamentais: baixo risco de doença e de incapacidade funcional; elevada funcionalidade física e mental; e compromisso activo com a vida.

Evitar a doença e a incapacidade é de extrema importância ao longo de toda a vida, no entanto alguns riscos mudam com a idade. Como tal, para Rowe e Kahn (1998), a prevenção desses riscos assume uma enorme importância. Esta prevenção passa pela adopção de estilos de vida saudáveis, entre eles, a realização de exercício físico. As formas apropriadas de realização de exercício físico variam com a idade, no entanto, este é vital para o bem-estar físico e consequentemente para a manutenção da função cognitiva. Para além deste aspecto, a manutenção da capacidade cognitiva passa pelo uso contínuo da mente e pela manutenção de actividades com complexidade cognitiva (Rowe & Kahn, 1998).

A manutenção de um compromisso activo com a vida implica a continuidade das relações com os outros e a realização de actividades produtivas (Rowe & Kahn, 1998). A maioria das pessoas, quando pensa em ser produtivo, pensa em actividades geradoras de dinheiro. Estes

autores, contrariando este ponto de vista, consideram produtivas todas as actividades que, remuneradas ou não, são geradoras de bens ou serviços de valor (como por exemplo: cuidar da casa, de familiares ou amigos; voluntariado em igrejas ou organizações civis).

Existem outros modelos teóricos que procuram descrever as estratégias que a pessoa idosa pode mobilizar para se ajustar com sucesso às dificuldades e perdas que ocorrem com o processo de envelhecimento. O modelo de selecção, optimização e compensação (*Selective Optimization with Compensation Model* - SOC), desenvolvido por Baltes e Baltes (1990, citado em Cerrato & Trocóniz, 1998), pressupõe que a pessoa seleccione domínios de vida que para si são relevantes e consiga otimizar recursos para obter sucesso nesses domínios. Dessa forma, colmata as perdas ocorridas, devido a alterações biológicas, psicológicas e sócio-económicas, criando um ambiente de desenvolvimento com sucesso ao longo da vida (Ouwehand, Ridder & Bensing, 2006).

Fonseca (2005b) considera que as teorias de envelhecimento bem-sucedido perspectivam a pessoa idosa como proactiva, definindo os seus objectivos e dispondo de recursos que lhe permitam adaptar-se às mudanças decorrentes da idade. Como tal, não há uma única forma de envelhecer com sucesso, mas existem diferentes caminhos e diferentes formas de os percorrer, podendo diferentes pessoas alcançar a mesma satisfação de vida e um sucesso idêntico (Fonseca, 2005b).

3. Espiritualidade

O processo de envelhecimento exige que o indivíduo se adapte às perdas, mudanças e alterações que dele decorrem. De acordo com Cupertino e Novaes (2004), a espiritualidade pode ser entendida como um factor facilitador desse ajustamento.

Apesar de todos os avanços da ciência persistem ainda questões, como o significado da vida e o confronto com a possibilidade de finitude, que desde sempre inquietaram o ser humano. É neste sentido que emerge a espiritualidade, como uma dimensão relevante do ser humano e que o diferencia de outros seres vivos (Pinto & Pais-Ribeiro, 2009).

Desde sempre que as crenças, práticas e experiências espirituais têm sido uma das componentes mais prevalentes e influentes na maioria das sociedades. Profissionais de saúde, investigadores e as pessoas em geral têm reconhecido a importância da dimensão religiosa/espiritual para a saúde (Moreira-Almeida, 2007). De facto, a interligação entre religiosidade/espiritualidade e a saúde remonta aos primórdios da história, em que os poderes da «cura» estavam nas mãos dos que lidavam com o espírito. Com o desenvolvimento das ciências da saúde, criou-se uma prática de cuidados dessacralizada e a dimensão espiritual deixou de ser contemplada no atendimento aos doentes (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

A Organização Mundial de Saúde, reconhecendo a importância da dimensão da espiritualidade na qualidade de vida, inclui já um domínio denominado “religiosidade,

espiritualidade e crenças pessoais” no seu instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL-100) (Fleck, Borges, Bolognesi & Rocha, 2003).

3.1. Em torno do conceito de espiritualidade

O consenso em torno da conceptualização de espiritualidade está longe de ser obtido. Na literatura, encontra-se uma grande diversidade de definições e atributos da espiritualidade e as discussões à volta do seu conceito salientam a necessidade de distinguir espiritualidade de religião e religiosidade (Sawatzky, 2002).

De acordo com Sessana, Finnell e Jezewski (2007) a definição de espiritualidade é um desafio complexo devido a três ordens de razões: diversidade de opiniões acerca do significado de espiritualidade; subjectividade e natureza pessoal inerentes ao conceito; espiritualidade e religiosidade são dois conceitos muitas vezes usados indiferentemente, dificultando ainda mais a definição de espiritualidade.

Estas dificuldades reflectem-se na diversidade de definições que se encontram na literatura actual. Por exemplo, Finkelstein, West, Gobin, Finkelstein e Wuerth. (2007) definem espiritualidade como uma tentativa de compreender o significado e o propósito da vida, podendo ou não envolver uma religião organizada e podendo ou não envolver a crença num ser superior. Segundo Pinto e Pais-Ribeiro (2009), a espiritualidade pode ser considerada uma dimensão do ser humano que procura a atribuição de significados através da relação com dimensões que o transcendem.

Crowther *et al.* (2002) definem a espiritualidade como a busca pessoal pela compreensão de repostas para as perguntas fundamentais sobre a vida, sobre o significado e sobre a relação com o sagrado ou transcendente, que pode (ou não) levar a, ou resultar do desenvolvimento de rituais religiosos.

Para Cupertino e Novaes (2004) a espiritualidade pode ser definida de acordo com três dimensões distintas: espiritualidade como participação numa instituição religiosa, entendida como um comportamento objectivo; espiritualidade individual e/ou subjectiva, percebida como um movimento ou disposição internos, inclusive de valores éticos e morais próprios; espiritualidade expressada como crença integrativa a dar sentido e significado à existência humana.

Muitas outras definições poderiam ser apresentadas, pois não existe consenso na definição de espiritualidade, sendo que cada uma só satisfaz ao seu próprio autor (Cupertino & Novaes, 2004). Todavia, Sawatzky (2002) identifica um conjunto de características do conceito de espiritualidade que se tornam comuns a diversas definições. Geralmente, as definições envolvem a presença de uma relação com algo que se situa para além da percepção humana. Este objecto relacional da espiritualidade pode ser descrito como “divindade”, “um poder superior”, “ser divino”, “Deus”. A experiência associada a este aspecto relacional da espiritualidade pode ser descrita como transcendente ou de natureza transpessoal. A maioria das definições de espiritualidade sustenta a noção de que esta se associa a uma procura existencial de significado e sentido

perante questões complexas da vida. Esta procura pode ser orientada por instituições religiosas ou por experiências de vida pessoais.

Também Pais-Ribeiro e Pombeiro (2004), após reflectirem sobre diferentes definições de espiritualidade, apontam uma ideia comum às mesmas: a importância da espiritualidade enquanto um contexto em que as pessoas podem encontrar um sentido para a vida, ter esperança e estar em paz no meio dos acontecimentos mais graves.

3.1.1. Espiritualidade e religiosidade

Segundo Sawatzky (2002) a distinção conceptual entre espiritualidade e religião era praticamente inexistente na literatura antes da segunda metade do século XX. Portanto, a distinção entre espiritualidade e religião deve ser vista como uma transformação conceptual bastante recente, que parte de uma religiosidade dominadora do mundo espiritual em direcção a uma compreensão humanista e relativista da espiritualidade. Percebe-se assim porque é que a espiritualidade é ainda frequentemente usada como sinónimo de religiosidade (Pinto & Pais-Ribeiro, 2009). Para Crowther *et al.* (2002) é a confusão entre os termos religião e espiritualidade que contribui, em parte, para a dificuldade em incorporar a espiritualidade no pensamento científico.

Religiosidade e espiritualidade, apesar de relacionadas, não são claramente descritas como sinónimos (Guimarães & Avezum, 2007). Religião ou religiosidade estão habitualmente associadas ao grau de participação ou adesão às crenças e práticas de um sistema religioso. A espiritualidade é um conceito mais amplo, sendo considerada uma dimensão do ser humano que procura a atribuição de significados através do sentido de relação com dimensões que transcendem o próprio (Pinto & Pais-Ribeiro, 2009).

“Religião” é a crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do universo, que deu ao homem uma natureza espiritual que continua a existir depois da morte do seu corpo (Panzini, Rocha, Bandeira & Fleck, 2007). Religião refere-se a algo exterior, a aspectos institucionalizados, formais e doutrinários (Dalby, 2006). Em suma, religião traduz-se por um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos projectados para facilitar a relação com o sagrado e transcendente e fomentar a compreensão da relação e responsabilidade para com os outros, em comunidade (Crowther *et al.*, 2002). Religiosidade refere-se aos conteúdos de uma fé (Dalby, 2006) e traduz a extensão na qual o indivíduo acredita, segue e pratica uma religião (Panzini *et al.*, 2007).

“Espírito” refere-se à parte imaterial, intelectual ou moral do homem e espiritualidade envolve questões relativas ao significado de vida e à razão de viver, não sendo portanto um conceito limitado ao tipo de crenças ou práticas (Panzini *et al.*, 2007).

Espiritualidade pode então ser definida como a propensão humana para buscar significado para a vida por meio de conceitos que transcendem o tangível: um sentido de conexão com algo maior que si próprio, podendo ou não incluir uma participação religiosa formal (Guimarães &

Avezum, 2007). Segundo Dalby (2006) a espiritualidade diz respeito a algo pessoal e experiências subjectivas. Contudo, para Sawatzky (2002), as experiências espirituais podem ocorrer de forma isolada da religião institucionalizada mas também podem ser mediadas através desta.

À luz destas definições, que baseiam a distinção entre espiritualidade e religião, sobretudo no grau de associação com a religião institucionalizada e organizada, a espiritualidade pode ser considerada como algo mais abrangente que a religião.

No entanto, para outros autores a religião institucionalizada é apenas um dos muitos domínios da construção teórica global de religião. Segundo esta perspectiva, a religião, no seu propósito e conceptualização original, inclui o que actualmente se designa por espiritualidade (Sawatzky, 2002).

Compreende-se assim que os termos religiosidade e espiritualidade não são incompatíveis. Além disso, a tendência a polarizá-los pode não ser benéfica para a pesquisa científica (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007) pois a sua proximidade conceptual dificulta a sua análise isolada.

3.2. Espiritualidade enquanto recurso de *coping*: uma perspectiva desenvolvimental

Alguns estudos científicos no domínio da espiritualidade e envelhecimento centram-se na compreensão da relação entre o *coping* espiritual/religioso e a saúde (Dalby, 2006).

O *coping* pode ser definido como o processo através do qual os indivíduos tentam compreender e lidar com as exigências pessoais ou situacionais das suas vidas (Rowe, 2004).

De uma forma geral, pode distinguir-se dois tipos de *coping*: o *coping* instrumental ou orientado para os problemas, que consiste nas estratégias através das quais as pessoas actuam directamente sobre as situações ameaçadoras, prejudiciais ou desafiantes; o *coping* paliativo ou orientado para as emoções, que envolve os esforços utilizados para alterar o modo como os acontecimentos são interpretados e ganhar mais controle emocional (Rowe, 2004; Ramos, 2005).

As estratégias de *coping* são influenciadas pelos recursos de que as pessoas dispõem, podendo ser externos e internos. Os recursos externos incluem elementos utilitários (rendimento, habitação, estatuto sócio-económico, entre outros) e recursos sociais (redes sociais, apoio disponível nessas redes). Os recursos de *coping* internos dizem respeito às competências pessoais, experiências de vida significativas, capacidade de análise, crenças e valores (Figueiredo, 2007).

Neste sentido, a espiritualidade e a religiosidade podem constituir também importantes recursos de *coping*. Segundo Pinto e Pais-Ribeiro (2007) o *coping* religioso-espiritual refere-se ao modo como as pessoas utilizam a fé, as crenças, a sua relação com a transcendência ou a sua ligação aos outros como forma de ajustamento e gestão das situações de crise.

Assim, a espiritualidade perspectivada como um recurso de *coping* pode ser particularmente relevante no que toca à adaptação aos desafios impostos pelo envelhecimento.

Efectivamente, a probabilidade de confronto com as perdas, doenças e incapacidades e a morte é maior na velhice do que em qualquer outra etapa do ciclo de vida.

Sob uma perspectiva desenvolvimental, a espiritualidade enquanto recurso de *coping*, pode ser entendida como o resultado de um conjunto de estratégias que o próprio indivíduo foi desenvolvendo ao longo da vida. Tornstam (1996, citado por Dalby, 2006) refere, na sua Teoria da Gerontranscendência, que ocorre uma mudança de paradigma na pessoa idosa, em que ela passa de um plano materialista e racional da vida, para um plano cada vez mais cósmico e transcendente. Esta teoria pode ser entendida em três níveis: nível cósmico (experiência de valorização de aspectos subtis da vida); *self* (descoberta de aspectos escondidos do *self*, aumentando o altruísmo e experiências que aumentam a integridade do *ego*); relações sociais e individuais (relações que alteram a sua importância, significado e necessidade) (Dalby, 2006).

Parece haver assim algumas tarefas, necessidades e mudanças espirituais associadas ao envelhecimento (Dalby, 2006). No entanto, a forma como estas mudanças e tarefas se operam no complexo processo de envelhecimento constitui ainda uma grande área de investigação a explorar.

3.3 Espiritualidade e qualidade de vida

A relação entre espiritualidade e as várias dimensões da saúde e qualidade de vida tem sido estudada ao longo da última década (Sawatzky, 2002). Existem alguns estudos que associam a espiritualidade/religiosidade à qualidade de vida e à melhoria da saúde física e mental. Por exemplo, Koenig *et al.* (1997, citado por Panzini, Bandeira & Fleck 2008) revelam que os idosos com maior actividade religiosa apresentam um sistema imunitário menos vulnerável. A influência da religiosidade/espiritualidade tem demonstrado um impacto sobre a saúde física, podendo apresentar-se como um factor de prevenção de desenvolvimento de doenças, e eventual redução da mortalidade ou impacto de diversas doenças (Guimarães e Avezum, 2007).

De acordo com Panzini *et al.* (2007) o *coping* religioso/espiritual constitui uma variável relacionada com a qualidade de vida, uma vez que permite à pessoa lidar com situações *stressantes* ou problemáticas. Por esta razão, alguns investigadores têm defendido a necessidade de integrar a espiritualidade como uma dimensão a considerar pelos instrumentos de medida da qualidade de vida (Brady *et al.*, 1999).

As questões relacionadas com a espiritualidade, a religiosidade e as crenças pessoais são contempladas no domínio relativo ao psicológico, no instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS, a WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Assessment) (WHO, 1996). A necessidade identificada pelo grupo de trabalho deste instrumento de incluir questões relativas à espiritualidade, adveio da importância atribuída pelos participantes deste estudo a esta dimensão, bem como da própria concepção de qualidade de vida defendida pela OMS. A OMS defende que a qualidade de vida pode ser entendida como um conceito subjectivo e multidimensional, influenciado pelo contexto cultural, social e ambiental (WHO, 1996).

Brady *et al.* (1999), no seu estudo sobre a inclusão da espiritualidade na avaliação da qualidade de vida em oncologia, concluíram que o bem-estar espiritual é um indicador importante da qualidade de vida de um doente, mesmo que outros domínios como o bem-estar físico, emocional e social/familiar estejam controlados. Também Pinto e Pais-Ribeiro (2007) mencionam que a participação religiosa e espiritual parece relacionar-se com uma melhor saúde e uma expectativa de vida mais prolongada, mesmo após o controlo de variáveis como o apoio social e os comportamentos de saúde.

São inúmeros os estudos que revelam a existência de uma relação directa e indirecta entre espiritualidade, religião e qualidade de vida. No entanto, para autores como Peterson e Webb (2006) é essencial conduzir estudos que explorem a contribuição da religião/espiritualidade para o reforço da qualidade de vida ao longo do tempo, bem como estudos que compreendam de que forma as práticas religiosas/espirituais contribuem para o reforço de comportamentos que promovam a qualidade de vida. Também Sawatzky (2002), na meta-análise realizada sobre a relação entre espiritualidade e qualidade de vida, conclui que a espiritualidade é um conceito distinto, relacionado com a qualidade de vida. No entanto, a direcção desta relação permanece sem uma resposta, constituindo um campo amplo de investigação.

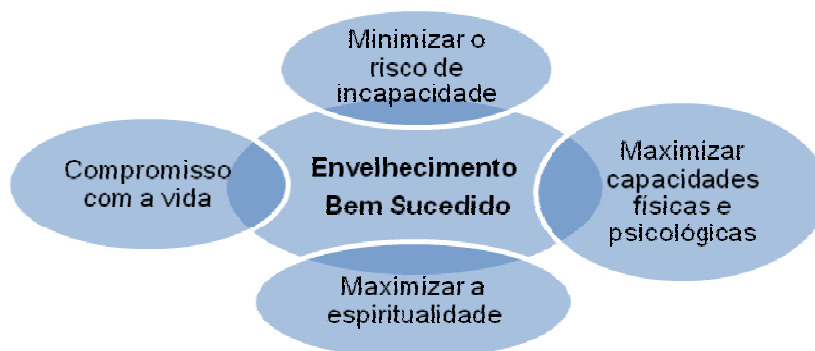
3.3.1. Espiritualidade e envelhecimento bem-sucedido

As questões associadas às perdas e mudanças decorrentes do processo de envelhecimento colocam a espiritualidade na idade avançada como uma área de estudo de interesse crescente. Dalby (2006) refere que a perspectiva espiritual se torna cada vez mais importante, sendo actualmente considerada em alguns modelos teóricos de envelhecimento bem-sucedido.

Crowther *et al.* (2002) alargaram o modelo de envelhecimento bem-sucedido de Rowe e Kahn (1998) ao introduzir a dimensão da espiritualidade, dando origem a um novo conceito: a espiritualidade positiva. A espiritualidade positiva envolve o desenvolvimento da relação pessoal interior com o sagrado e o transcendente, promovendo o bem-estar e a felicidade do próprio e dos outros. Crowther *et al.* (2002), defendem que este conceito envolve os aspectos positivos da religião e espiritualidade. Ou seja, não contempla crenças ou actividades religiosas que possam afectar adversamente a saúde física e mental ou que sejam utilizadas para justificar a hipocrisia, o ódio ou a separação da pessoa, da comunidade e família, bem como impedir o acesso aos cuidados médicos.

A espiritualidade positiva tem como objectivo ajudar a reduzir a sensação de perda de controle e desespero que acompanha a pessoa no processo de doença (Crowther *et al.*, 2002). Assim, para estes autores, a incorporação da espiritualidade nos modelos de envelhecimento bem-sucedido permite englobar as pessoas idosas que envelhecem com sucesso por afirmação das suas crenças interiores e emoções, de forma individual mas voltados e integrados na comunidade (figura 1).

Figura 1. Modelo revisto de envelhecimento bem-sucedido de Rowe e Kahn



Adaptado de Crowther *et al.* (2002)

Várias pesquisas constataram que a prática religiosa e actividades de voluntariado são associados a uma maior longevidade (Glass, Mendes de Leon, Marottoli & Berkman, 1999; Hummer, Rogers, Nam & Ellison, 1999; Oman & Reed, 1998; citados por Crowther *et al.*, 2002). Estas evidências podem ser resultado de inúmeros mecanismos desenvolvidos. No entanto, sabe-se que pessoas com um envolvimento religioso, têm menos probabilidades de incorrerem em comportamentos de risco que podem afectar a sua saúde (Crowther *et al.*, 2002). Também Thoresen (1999) reforça a ideia que factores religiosos e espirituais podem afectar a saúde através de hábitos de saúde, da existência de um suporte social e do desenvolvimento de comportamentos cognitivos e psicodinâmicos.

A espiritualidade pode contribuir para a redução da sensação da perda de controlo e de esperança, muitas vezes resultantes de processo de doenças crónicas decorrentes do envelhecimento. As crenças espirituais positivas podem contribuir para a redução do stress e para o aumento da sensação de controlo da pessoa idosa, aumentando a sua sensação de bem-estar e a sua qualidade de vida (Crowther *et al.*, 2002).

Sendo o envelhecimento bem-sucedido, óptimo, activo ou com qualidade de vida uma preocupação social crescente e uma aspiração de toda a humanidade, a espiritualidade pode constituir-se como um factor facilitador desse propósito, pois o *coping* religioso/espiritual ajuda a lidar com acontecimentos de vida *stressantes*, complexos, difíceis ou problemáticos (Panzini *et al.*, 2007).

4. Objectivos

Este estudo tem como objectivo geral compreender a relação entre a percepção de qualidade de vida e a espiritualidade em idosos utentes de uma unidade de tratamento da dor. Este objectivo geral pressupõe a concretização dos seguintes objectivos específicos:

a) avaliar diferentes domínios da percepção de qualidade de vida em pessoas com 75 ou mais anos de idade, nomeadamente: mobilidade, segurança, capacidades sensoriais, autocuidado, habitação, aspectos económicos, comportamentos de saúde, saúde mental e bem-estar;

b) avaliar diferentes dimensões da espiritualidade como as crenças espirituais/religiosas e a esperança/optimismo em pessoas com 75 ou mais anos de idade;

c) analisar a relação entre os diferentes domínios da qualidade de vida e da espiritualidade neste grupo de pessoas idosas.

A pertinência deste estudo reside em perspectivar a espiritualidade como um importante domínio da qualidade de vida que deve também ser considerado no contexto da prestação de serviços de saúde. O contexto em que se desenvolve este estudo, uma unidade de tratamento de dor de um Hospital Distrital da região centro de Portugal, poderá também contribuir para os profissionais de saúde identificarem aspectos a considerar na avaliação das necessidades destas pessoas, numa perspectiva de melhoria contínua dos cuidados a prestar e futuras intervenções e objectivos a desenvolver.

5. Metodologia

5.1. Desenho de investigação

Face aos objectivos enunciados, assume-se como pertinente a opção por um estudo de desenho não experimental, de tipo descritivo-correlacional, procurando explorar, descrever e determinar a existência de relações entre variáveis (Fortin, 1999). Neste sentido, os métodos de análise dos dados inserem-se na abordagem quantitativa.

5.2. Instrumentos

Para a recolha de dados, constituiu-se um protocolo que inclui: a versão portuguesa do EASYCare (no original, *Elderly Assessment System*) (Sousa *et al.*, 2009); a Escala de Avaliação da Espiritualidade (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007); e um breve questionário complementar construído para recolher dados clínicos dos participantes (Apêndice I).

5.2.1. O EASYCare- *Elderly Assessment System*

O EASYCare é um instrumento de avaliação da pessoa idosa que permite compreender as suas necessidades relativas ao bem-estar físico, mental e social. Foi inicialmente desenvolvido no âmbito do programa Europeu EPIC (*European Prototyp Care*), no sentido de se constituir como um instrumento de rápida e simples utilização por diferentes profissionais, permitindo a identificação de múltiplas necessidades e avaliação de diferentes domínios relacionados com a

qualidade de vida. A construção deste instrumento baseia-se em escalas, como o *Índice de BARTHEL*, o *SF-36 Health Survey*, a *Geriatric Depression Scale*, de onde foram retirados os itens discriminatórios para que os restantes pudessem ser reunidos numa escala de avaliação multidimensional (Sousa & Figueiredo, 2000a).

A versão 1999-2002 do EASYCare foi a primeira versão a ser validada em Portugal (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003). Actualmente já foi validada a versão 2008 (Anexo I), lançada pela Universidade de Sheffield, que integra alterações resultantes de investigação e prática da versão anterior (Sousa *et al*, 2009). Esta versão encontra-se disponível para os 25 países da União Europeia.

O EASYCare encontra-se organizado por um conjunto de questões relativas a: dados sócio-demográficos; aspectos sensoriais; auto-cuidado; mobilidade; segurança; habitação e situação financeira; actividade física, e saúde mental e bem-estar (*EASYCare Standard*). A nova versão contempla também alguns instrumentos de apoio (*EASYCare Supporting Instruments*) com o intuito de proporcionar dados adicionais referentes aos cuidadores informais, administração de medicação, indicadores de risco de quedas e risco de ruptura no cuidado (Sousa *et al*, 2009).

O EASYCare pressupõe um sistema de pontuação em que são definidos valores para cada item. As pontuações foram acordadas através da combinação dos pareceres de profissionais na área da saúde, pessoas idosas e prestadores de cuidados informais, em relação à importância relativa de cada item (Sousa & Figueiredo, 2000a). Os resultados no *EASYCare Standard* (versão de 2008) oscilam entre um mínimo de 4 e um máximo de 144 pontos, em que pontuações mais elevadas indicam maior incapacidade. A mesma lógica se aplica para a pontuação de cada categoria e para o *EASYCare Supporting Instruments*. No entanto, a pontuação não permite determinar a partir de que valor se pode considerar que a pessoa idosa não tem problemas (Sousa & Figueiredo, 2000b).

A possibilidade de avaliar as capacidades da pessoa idosa em vez de tentar mensurar as suas competências, ou seja o que é capaz de fazer, torna este instrumento numa mais valia para todos os profissionais que procuram dar resposta às múltiplas necessidades desta população. O EASYCare apresenta outras vantagens, permitindo uma aplicação prática, curta e simples, englobando uma perspectiva transcultural e abrangente (Sousa & Figueiredo, 2000a).

A possibilidade de mensuração de resultados e de partilha de informações sobre áreas que têm impacto na qualidade de vida da pessoa idosa, contribui para a identificação das suas necessidades e auxilia os profissionais da área da saúde e da área social, a caminhar no sentido da melhoria dos serviços que lhes são destinados. Os dados obtidos permitem avaliar problemas, identificar necessidades e objectivos que podem ser rentabilizados na gestão de diferentes serviços, na investigação e na futura formulação de políticas (Sousa *et al.*, 2009).

5.2.2. Escala de Avaliação da Espiritualidade

A Escala de Avaliação da Espiritualidade (Anexo II), desenvolvida por Pinto e Pais-Ribeiro (2007), nasceu da necessidade de avaliar esta dimensão em contextos de saúde. Apesar da espiritualidade parecer relacionar-se com o bem-estar e qualidade de vida das pessoas, esta dimensão não tem sido abordada em contextos clínicos (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

Os autores construíram a escala a partir de um projecto de investigação em que se identificaram variáveis psicossociais associadas à optimização da saúde e qualidade de vida após o cancro (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

Os itens da escala resultam da combinação da análise do constructo teórico, dos itens da dimensão espiritual do *Quality of Life – Câncer survivor QOL – CS*, da sub-escala da espiritualidade do instrumento *World Health Organization Quality of Life Questionnaire* (WHOQOL), e também de dados clínicos resultantes do contacto e/ou entrevistas com pessoas que tiveram cancro (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

Os autores procuraram construir uma escala simples, pequena e de fácil compreensão, constituída por 5 itens que reflectem duas dimensões espirituais (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007, 2009): uma dimensão vertical, que se associa a uma relação com o transcendente e o divino, e que numa sociedade judaico-cristã se relaciona com as práticas religiosas; e uma dimensão horizontal, existencialista, na qual se enquadra o sentido de esperança, a atribuição de sentido e significado da vida decorrente da relação com o eu, os outros e o meio. A dimensão vertical reflecte-se na sub-escala “crenças” que agrupa os itens 1 e 2. A dimensão horizontal é ilustrada pela sub-escala “esperança/optimismo”, englobando os itens 3, 4 e 5.

Para cada um dos cinco itens que constituem o instrumento, a pessoa é convidada a indicar, numa escala de tipo Likert se “não concorda” (1), “concorda um pouco” (2), “concorda bastante” (3) ou “concorda plenamente” (4) (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). A cotação de cada uma das sub-escalas é feita através da média dos itens das mesmas. Quanto maior a média obtida em cada item, maior a concordância com a dimensão avaliada. (Pinto & Pais-Ribeiro, 2009)

Da análise da fiabilidade, verificou-se que os resultados da consistência interna foram bastante aceitáveis atendendo ao número de itens e valores de referência teóricos, com um valor de alfa de Cronbach de 0,74 (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

5.2.3. Questionário complementar

A par dos dados sócio-demográficos contemplados pelo EASYCare, construiu-se um questionário complementar com o objectivo de recolher informação acerca do diagnóstico clínico, duração do tratamento e tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento.

5.3. Procedimentos

5.3.1 Selecção da amostra

Os critérios de inclusão que estiveram presentes na selecção dos participantes para constituição da amostra foram os seguintes: idade igual ou superior a 75 anos; capacidade de expressar opiniões; ser utente de uma unidade hospitalar de tratamento de dor.

Constituiu-se assim uma amostra de 33 utentes de uma unidade de tratamento da dor de um Hospital Distrital da região centro do país.

5.3.2. Procedimentos de recolha de dados

O processo de recolha de dados teve início em Novembro de 2009. Em Outubro de 2009, a investigadora entrou em contacto com o Director do Serviço de unidade de tratamento de dor de um Hospital Distrital da região centro do país, explicando os objectivos e procedimentos do estudo, e pedindo colaboração na identificação de sujeitos que contemplassem os critérios de inclusão. Após a autorização concedida pelo Conselho de Administração desta instituição, o serviço forneceu à investigadora a listagem de utentes inscritos semanalmente nas consultas.

Para avaliar a eficácia e a pertinência das questões, bem como verificar a clareza e precisão dos termos, a forma, a ordem, exaustão, a complexidade das questões e dificuldades das respostas foi efectuado um pré-teste com 3 pessoas idosas. Da realização deste pré-teste emergiram algumas dificuldades em relação às questões do EASYCare que visam a preparação de alimentos (item 2.6.) e as tarefas domésticas (item 2.5.) em participantes do género masculino, bem como questões que se prenderam com a identificação dos exames de rastreio de cancro (item 6.8.). Ultrapassadas estas dificuldades, verificou-se que as questões eram claras e perceptíveis.

Antes de iniciar a recolha de dados, a investigadora informou os participantes da natureza e objectivos da investigação, métodos e meios pelos quais seria conduzida, tempo de aplicação e confidencialidade dos dados. Após a aceitação em participar no estudo, foi solicitada a assinatura do consentimento livre e informado (Anexo III).

Todos os instrumentos foram aplicados em contexto de entrevista, com uma duração média de 30 minutos.

5.4. Procedimentos estatísticos para o tratamento e análise dos dados

Os dados obtidos foram analisados recorrendo à estatística descritiva e inferencial, com o cálculo de frequências e medidas de tendência central (médias) e de dispersão (desvio padrão), e o cálculo do coeficiente de correlação de *Spearman*. Optou-se pela aplicação de testes não

paramétricos uma vez que, a maioria das variáveis em estudo não apresentam uma distribuição normal.

Os dados foram processados para o programa de estatística SPSS versão 17 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

5.5. Estudo das características psicométricas dos instrumentos

5.5.1. Escala de Avaliação da Espiritualidade

Da análise da fiabilidade da Escala de Avaliação da Espiritualidade obteve-se um valor da consistência interna aceitável para a escala na sua globalidade, com um valor de alpha de Cronbach de 0,700 (Tabela 1). O valor obtido na sub-escala “crenças” ($\alpha = 0,885$) foi mais relevante do que o valor obtido na sub-escala “esperança/optimismo” ($\alpha = 0,684$); no entanto, ambos são valores significativos.

Tabela 1. Médias, desvios padrão e alph de Cronbach da Escala da Espiritualidade

	Amostra	Média	DP	Alpha Cron.	Amplitude Teórica	Amplitude Observada
Escala da Espiritualidade	33	14,21	3,26	0,700	5-20	7-20
Sub-escala “crenças” (Item 1 e 2)	33	6,84	1,64	0,885	2-8	3-8
Sub-escala “esperança/optimismo” (ítems 3,4 e5)	33	7,36	2,42	0,684	3-12	3-8

5.6. Caracterização da amostra

A amostra é composta por 33 utentes da consulta da dor, de uma Unidade de Tratamento da Dor de um Hospital Distrital da região centro do país, sendo que 54,5% são do género feminino (Tabela 2).

Relativamente à idade, verificou-se uma média etária de 79,12 anos (DP=4,40), sendo que a faixa com maior prevalência se situa entre os 75 e 79 anos, representando 69,7% da amostra. Verifica-se que 54,5% dos participantes reside em meio rural e 45,5% em meio urbano.

Quanto ao estado civil observa-se que 48,5% dos participantes são casados, 45,5% são viúvos e apenas 6,0% são solteiros. Relativamente à constituição do agregado familiar, verifica-se que 48,5% dos participantes vive em casal e 21,2% vive só. Apenas um participante (3,0%) se encontra institucionalizado.

A maioria dos participantes (97,0%) encontra-se na situação de reforma. Relativamente ao estado do rendimento financeiro no final do mês, nenhum participante referiu “sobrar algum dinheiro”. Assim, 51,5% afirma que os rendimentos “não chegam para as necessidades” e os restantes 48,5% referem ser “suficientes”.

Quanto às habilitações escolares, verifica-se o predomínio de uma baixa escolaridade, já que a maioria dos participantes (45,5%) não frequentou a escola e 42,3% têm entre 1 e 4 anos de escolaridade. Existem apenas 2 (6,1%) participantes que possuem entre 5 a 6 anos de escolaridade e 2 (6,1%) que possuem o secundário.

Tabela 2. Caracterização da amostra: variáveis sócio-demográficas

Características	n	%
Género		
Feminino	18	54,5
Masculino	15	45,5
Total	33	100,0
Idade		
75-79	23	69,7
80-84	4	12,1
85-89	6	18,2
Total	33	100,0
Residência		
Meio Rural	18	54,5
Meio Urbano	15	45,5
Total	33	100,0
Estado Civil		
Casado	16	48,5
Viúvo	15	45,5
Solteiro	2	6,0
Total	33	100,0
Com quem vive		
Casal	16	48,5
Sozinho	7	21,2
Família alargada	9	27,3
Instituição	1	3,0
Total	33	100,0
Situação profissional		
Reformado	32	97,0
Doméstico	1	3,0
Total	33	100,0
Rendimento financeiro		
Não chega para as necessidades	17	51,5
Suficiente	16	48,5
Sobra algum dinheiro	0	0,0
Total	33	100,0
Anos de Educação Formal		
Não frequentou	15	45,5
1-4	14	42,3
5-6	2	6,1
Secundário	2	6,1
Total	33	100,0

Quanto aos dados clínicos (Tabela 3), verifica-se a prevalência das doenças osteoarticulares (72,7%), seguidas pelas doenças do foro oncológico (18,2%). A grande maioria dos participantes recorre à consulta da dor há pelo menos 1 mês. Observou-se ainda que a média de tempo decorrido entre o diagnóstico e o início das consultas é de 2,48 meses (DP=4,45).

Tabela 3. Caracterização da amostra: variáveis clínicas

Variáveis	n	%
Diagnóstico		
Doença osteoarticular	24	72,7
Doença Oncológica	6	18,2
Outros	3	9,1
Total	33	100,0
Duração do tratamento		
1 mês-2 anos	23	69,7
3-4 anos	9	27,3
≥ 5 anos	1	3,0
Total	33	100,0
Tempo decorrido entre diagnóstico e início tratamento		
0-6 meses	31	94,0
7-12 meses	1	3,0
+ 13 meses	1	3,0
Total	33	100,0

6. Apresentação dos resultados

A apresentação dos resultados encontra-se dividida em duas partes. Na primeira é feita uma análise descritiva dos dados extraídos directamente dos instrumentos utilizados. Na segunda parte pretende-se apresentar os resultados das correlações entre o EASYCare e a Escala de Avaliação da Espiritualidade.

6.1. Qualidade de vida: análise dos itens do EASYCare

6.1.1. Visão, audição e comunicação

Observa-se que a visão e a audição são as áreas mais problemáticas com a maioria dos participantes a referir sentir alguma dificuldade nestes dois domínios (tabela 4). Todavia, 15,1% sente-se totalmente incapaz de utilizar o telefone e 9,1% refere sentir grande dificuldade em fazer-se entender devido a problemas com a fala.

Tabela 4. Visão, audição e comunicação

	Capaz/Sem problemas		Precisa de ajuda/ Com alguma dificuldade		Incapaz/Problema frequente		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Visão (1.1.)	7	21,2	26	78,8	0	0,0	33	100,0
Audição (1.2.)	11	33,3	22	66,7	0	0,0	33	100,0
Fala (1.3.)	29	87,9	1	3,0	3	9,1	33	100,0
Utilizar Telefone (1.4.)	22	66,7	6	18,2	5	15,1	33	100,0

6.1.2. Cuidar de si

Na categoria “cuidar de si”, o desempenho das tarefas domésticas é a dimensão onde a maioria dos participantes necessita de ajuda (45,5%) ou é totalmente incapaz (24,2%). Apesar de a maioria dos participantes ser independente ou não ter problemas nas restantes áreas consideradas, a preparação das refeições é a actividade onde se observaram mais pessoas com incapacidade (36,4%). Também os problemas de incontinência urinária assumem valores significativos, já que 27,3% da amostra relata problemas ocasionais e 15,1% problemas frequentes.

Tabela 5. Cuidar de si

	Capaz/Sem problemas		Precisa de Ajuda/Com alguma dificuldade		Incapaz/Problema Frequente		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Vestir-se (2.2.)	27	81,8	1	3,0	5	15,2	33	100,0
Tarefas Domésticas (2.5.)	10	30,3	15	45,5	8	24,2	33	100,0
Preparar Refeições (2.6.)	18	54,5	3	9,1	12	36,4	33	100,0
Alimentar-se (2.7.)	29	87,9	0	0,0	4	12,1	33	100,0
Tomar Medicação (2.9)	25	75,8	2	6,0	6	18,2	33	100,0
Incontinência Urinária (2.11.)	19	57,6	9	27,3	5	15,1	33	100,0
Incontinência Intestinal (2.12.)	30	90,9	2	6,1	1	3,0	33	100,0
Utilizar Sanita (2.13.)	27	81,8	5	15,2	1	3,0	33	100,0
Cuidar da Aparência (2.1.)	26	78,8	7	21,2	*		33	100,0
Lavar mãos e cara (2.3.)	29	87,9	4	12,1			33	100,0
Utilizar Banheira (2.4)	22	66,7	11	33,3			33	100,0

* Resposta não contemplada pelo instrumento

Nesta categoria, questiona-se ainda a existência de problemas com a boca (item 2.8) e com a pele (item 2.10). Observou-se assim que a maioria (51,5%) não reporta qualquer problema oral. Todavia 48,5% assume ter problemas, principalmente devido às dificuldades causadas pela ausência de dentição.

Quanto aos problemas de pele, apenas 10 participantes (30,3%) manifestaram a existência de problemas a este nível, reportando-se essencialmente a úlceras varicosas.

6.1.3. Mobilidade

A “mobilidade” parece ser um dos domínios mais críticos para estes participantes, sobretudo para aquelas actividades que implicam a deslocação ao exterior. Assim, verifica-se que, “ir às compras” é a actividade instrumental mais problemática (apenas 24,2% completamente capaz), seguida da deslocação aos serviços (36,4%) e do caminhar no exterior (42,4%).

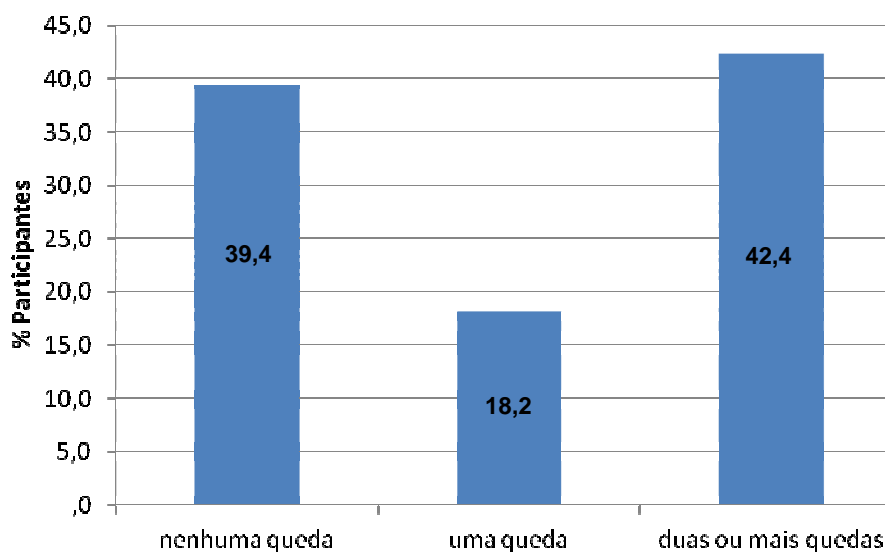
Á excepção de subir e descer escadas (39,4% capazes), a maioria dos participantes consegue deslocar-se da cama para a cadeira (78,8%) e andar dentro de casa sem problemas (72,7%).

Tabela 6. Mobilidade

	Capaz/Sem problemas		Precisa de Ajuda/Com alguma dificuldade		Incapaz/Problema Frequente		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Deslocar-se da cama para cadeira (3.1.)	26	78,8	6	18,2	1	3,0	33	100,0
Deslocar-se dentro de casa (3.3.)	31	94,0	1	3,0	1	3,0	33	100,0
Subir e descer escadas (3.4)	13	39,4	15	45,5	5	15,1	33	100,0
Andar no Exterior (3.6)	14	42,4	16	48,5	3	9,1	33	100,0
Ir às compras (3.7)	8	24,2	8	24,2	17	51,6	33	100,0
Deslocar-se a Serviços Públicos (3.8.)	12	36,4	15	45,5	6	18,1	33	100,0

Esta dimensão do EASYCare averigua também a existência de problemas com os pés e possibilidade de quedas. Assim, no que se refere ao item 3.2 - “ter problemas com os pés” – verificou-se uma maioria (54,5%) de respostas positivas, devendo-se sobretudo a dores articulares. Relativamente à possibilidade de quedas nos últimos 12 meses – item 3.5 – verifica-se que 18,2% dos participantes sofreram uma queda, e a maioria (42,4%) sofreu duas ou mais quedas no período considerado (Gráfico 1).

Gráfico 1. Nº de quedas no último ano



6.1.4. Segurança

A “segurança” emerge como uma área pouco preocupante. Para os itens considerados, a grande maioria dos participantes refere não sentir qualquer problema. Ainda assim, destaca-se o facto de 27,3% (n=9) de participantes se sentirem inseguros fora de casa e de 15,2% (n=5) não ter ninguém disponível em caso de doença ou emergência.

Tabela 7. Segurança

Questão		n	%
Segurança dentro de casa (4.1.)	Sim	29	87,9
	Não	4	12,1
	Total	33	100,0
Segurança fora de casa (4.2.)	Sim	24	72,7
	Não	9	27,3
	Total	33	100,0
Sentir-se ameaçado/assediado (4.3.)	Não	30	90,9
	Sim	3	9,1
	Total	33	100,0
Sentir-se discriminado (4.4.)	Não	33	100,0
	Sim	0	0,0
	Total	33	100,0
Ter alguém que ajude em caso de doença ou emergência (4.5.)	Sim	28	84,8
	Não	5	15,2
	Total	33	100,0

6.1.5. Local de residência e finanças

A globalidade dos participantes refere estar satisfeito com a sua residência (90,9%) e conseguir gerir o seu dinheiro (72,7%). No entanto, 51,5% (n=17) dos participantes identificaram como uma necessidade a obtenção de aconselhamento sobre subsídios.

Tabela 8. Residência e finanças

Questão		n	%
Satisfação com a residência (5.1.)	Sim	30	90,9
	Não	3	9,1
	Total	33	100,0
Gestão do dinheiro/finanças (5.2.)	Sim	24	72,7
	Não	9	27,3
	Total	33	100,0
Obter aconselhamento sobre subsídios (5.3.)	Sim	17	51,5
	Não	16	48,5
	Total	33	100,0

6.1.6. Manter-se saudável

Nesta categoria, 78,8% dos participantes refere não realizar actividade física e 51,5%, menciona falta de ar durante a realização de actividades normais. Apenas um participante (3,0%) referiu fumar tabaco e ingerir bebidas alcoólicas em excesso. Dois participantes (6,1%) referem não verificar a sua tensão arterial regularmente.

Tabela 9. Manter-se saudável

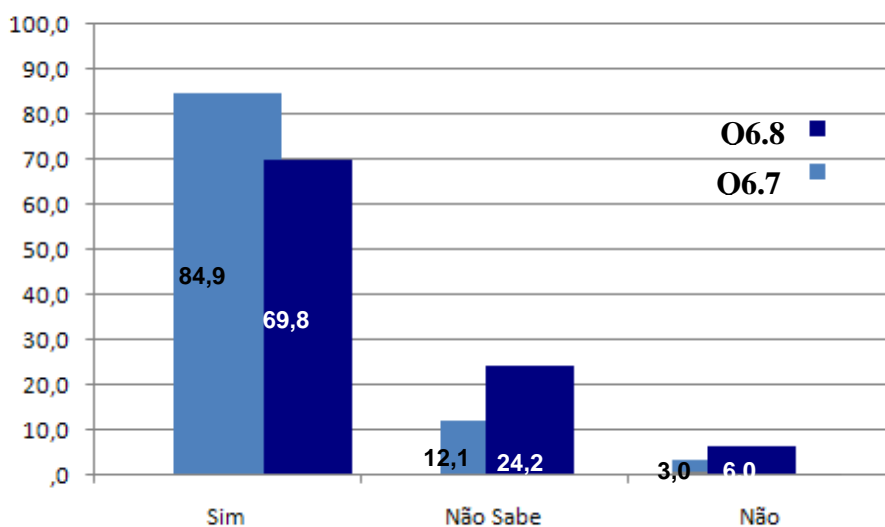
Questão		n	%
Praticar exercício (6.1.)	Sim	7	21,2
	Não	26	78,8
	Total	33	100,0
Falta de ar em actividades normais (6.2.)	Não	17	51,5
	Sim	16	48,5
	Total	33	100,0
Fumar Tabaco (6.3.)	Não	32	97,0
	Sim	1	3,0
	Total	33	100,0
Ingestão em excesso de álcool (6.4.)	Não	32	97,0
	Sim	1	3,0
	Total	33	100,0
Verificação Tensão Arterial (6.5.)	Sim	31	93,9
	Não	2	6,1
	Total	33	100,0

Na presente categoria são ainda estudados domínios relativos a preocupações com o peso (item 6.6), vacinação (item 6.7) e exames de rastreio de cancro (item 6.8).

Deste modo, a maioria dos participantes (51,5%) referiu não ter preocupações com o seu peso. Contudo, os restantes revelam preocupações com o excesso (27,3%) ou com a perda de peso (21,2%).

Cerca de 84,9% dos inquiridos refere ter as vacinas em dia. Relativamente aos exames de rastreio de cancro, 69,8% dos participantes considera tê-los actualizados (Gráfico 2).

Gráfico 2. Vacinação e exames de rastreio de cancro



6.1.7. Saúde mental e bem-estar

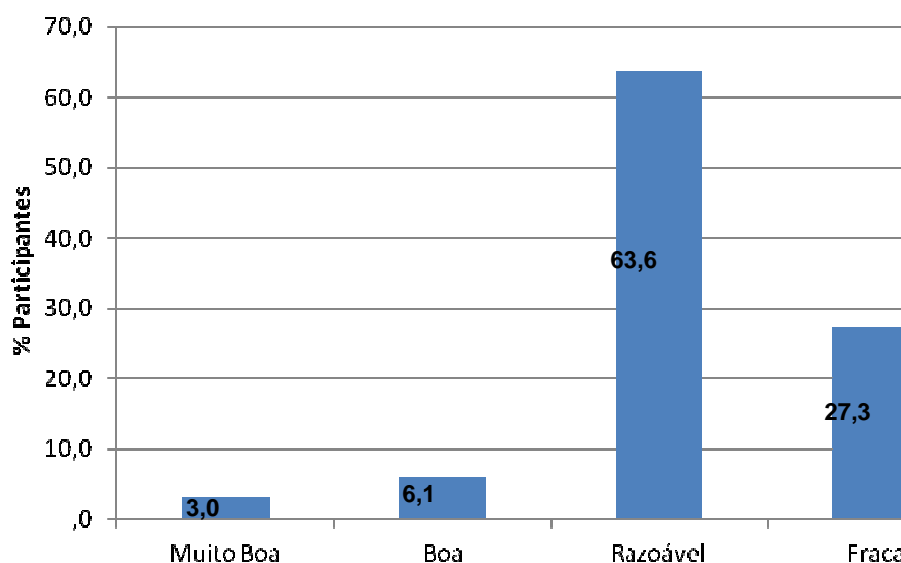
A “saúde mental e bem-estar” emerge como um dos domínios mais críticos para a amostra. Pela leitura da tabela 10, observa-se que a maior parte dos participantes: não consegue realizar actividades importantes para si (51,8%), tem problemas em dormir (69,7%), sente-se deprimido (60,6%) e incomodado por não ter prazer em fazer coisas (54,5%), e preocupa-se com as perdas de memória (69,7%).

Tabela 10. Saúde mental e bem-estar

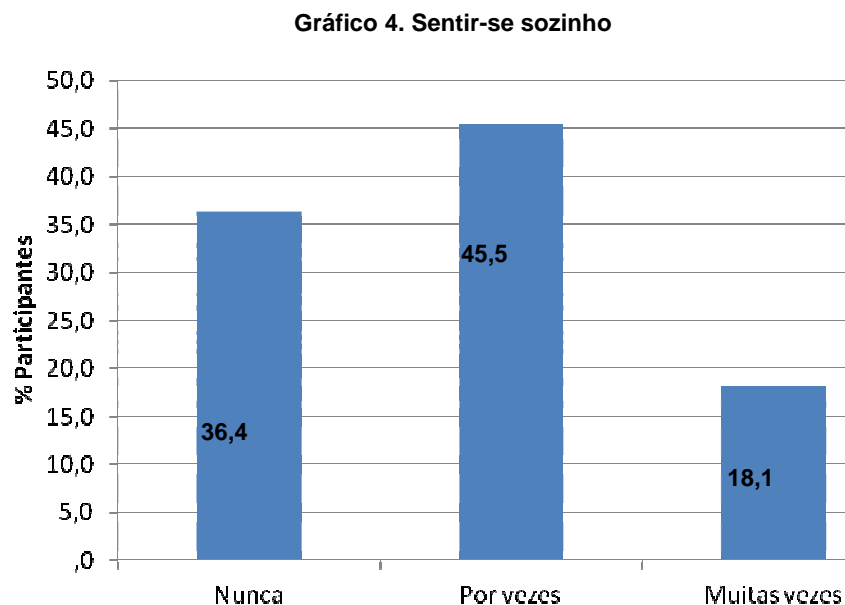
Questão		n	%
Realizar actividades que são importantes para si (7.1.)	Sim	16	48,2
	Não	17	51,8
	Total	33	100,0
Falecimento de alguém próximo (7.4.)	Não	23	69,7
	Sim	10	30,3
	Total	33	100,0
Problemas em dormir (7.5)	Não	10	30,3
	Sim	23	69,7
	Total	33	100,0
Sentir-se deprimido/incomodado (7.7.)	Não	13	39,4
	Sim	20	60,6
	Total	33	100,0
Incómodo por não ter prazer em fazer coisas (7.8.)	Não	15	45,5
	Sim	18	54,5
	Total	33	100,0
Preocupações com perdas de memória (7.9.)	Não	10	30,3
	Sim	23	69,7
	Total	33	100,0

Relativamente à percepção global de saúde – item 7.2. (Gráfico 3) – verifica-se que nenhum participante identificou a sua saúde como excelente, e apenas um participante a considerou como muito boa. A maior parte (63,6%) percebe a sua saúde como razoável e 27,3% referiu-se à sua saúde como fraca.

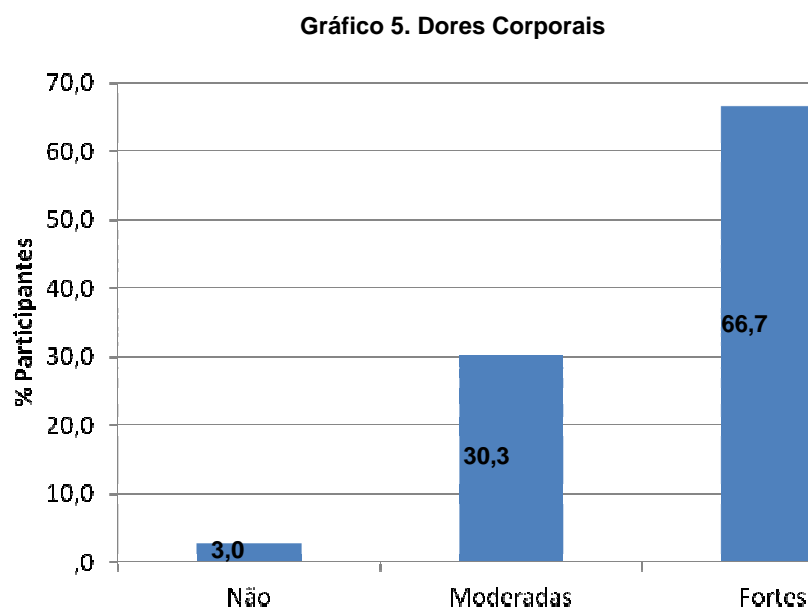
Gráfico3. Estado da saúde



Quanto ao item 7.3. – “Sente-se sozinho?” (Gráfico 4) – verificou-se que a solidão assume alguma expressão na amostra já que 45,5% refere por vezes sentir-se só e 18,1% muitas vezes.



O item 7.6 procura averiguar a existência de dores corporais no último mês (Gráfico 5). Assim, 30,3% dos participantes classificam as suas dores corporais como moderadas, mas a maioria (66,7%) avaliam-nas como fortes, e apenas um participante nega dores corporais. Estes dados assumem um especial interesse dado tratar-se de utentes de uma unidade de tratamento da dor.



6.1.8. Administração de medicação

A maioria dos participantes (63,6%) refere necessitar de ajuda para obter os seus medicamentos, nomeadamente na deslocação à farmácia. Apenas um (3,0%) participante refere não seguir a terapêutica consoante a prescrição médica e cinco (15,2%) necessitam de ajuda para tirar os medicamentos das embalagens. No entanto, nenhum participante considera que a sua medicação poderia ser mais eficaz se tomada de forma diferente.

Tabela 11. Administração de medicação

Questão		n	%
Ajuda para obter medicamentos (8.1.)	Não	12	36,4
	Sim	21	63,6
	Total	33	100,0
Tomar medicamentos segundo prescrição (8.2.)	Sim	32	97,0
	Não	1	3,0
	Total	33	100,0
Consegue tirar medicamentos das embalagens (8.3.)	Sim	28	84,8
	Não	5	15,2
	Total	33	100,0
Medicamentos mais eficazes se tomados de forma diferente (8.4.)	Sim	0	0,0
	Não	33	100,0
	Total	33	100,0

6.1.9. EASYCare: resultados globais

Para cada domínio do EASYCare, as pontuações mais elevadas significam mais incapacidade ou pior percepção de qualidade de vida.

Considerando as amplitudes teóricas da pontuação para cada domínio, observa-se que a “saúde mental e bem-estar” é a dimensão que se assume como mais problemática. Os valores médios observados (12,9; DP=2,98) aproximam-se da pontuação máxima para este domínio (18), significando que os participantes tendem a sentir-se deprimidos, tristes e sós.

A “mobilidade” surge como o segundo domínio mais crítico. Ainda que os valores médios (12,18; DP=9.50), se situem aquém da pontuação máxima (37), os participantes tendem a percepcionar alguma dificuldade na realização de determinadas actividades, nomeadamente na realização das suas compras, na deslocação aos serviços públicos e em andar no exterior.

A terceira dimensão mais crítica é o domínio “cuidar de si”. Neste domínio, apesar de os valores médios (13,09; DP=15,09) encontrarem longe da pontuação máxima (62), os participantes parecem evidenciar dificuldades na sua autonomia em situações como a realização de actividades

domésticas e a confecção das suas refeições. Outro item que denota problemas neste domínio é o do controle urinário.

Tabela 12. Percepção de qualidade de vida: resultados globais do EASYcare

Dimensões	n	Média	DP	Amplitude Teórica	Amplitude Observada
1-“visão, audição e comunicação”	33	2,57	2,16	0-12	0-8
2-“cuidar de si”	33	13,09	15,09	0-62	0-49
3-“mobilidade”	33	12,18	9,50	0-37	0-34
4-Segurança	33	0,63	0,92	0-5	0-3
5-“residência e finanças”	33	1,18	1,84	0-5	0-5
6-“manter-se saudável”	33	1,39	0,99	0-5	0-5
7-“saúde mental e bem-estar”	33	12,90	2,98	2-18	5-17
8-“administração de medicação”	33	0,81	0,68	0-4	0-2

6.2. Espiritualidade: Escala de Avaliação da Espiritualidade

A espiritualidade foi analisada com Escala de Avaliação da Espiritualidade (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007), que distingue duas dimensões: a dimensão vertical ou “crenças” espirituais/religiosas e a dimensão horizontal ou “esperança/optimismo”.

A observação da tabela 13 permite constatar que a dimensão “crenças” espirituais/religiosas assume uma importância significativa na vida dos participantes, sobretudo na forma como as crenças espirituais e religiosas permitem atribuir um sentido à vida (item 1).

Tabela 13 – Dimensão vertical da espiritualidade (Escala de Avaliação da Espiritualidade)

Crenças	Amostra	Média	DP	Amplitude Teórica	Amplitude Observada
1. “As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida”	33	3,45	0,83	1-4	2-4
2. “A minha fé e crenças dão-me força nos momentos difíceis”	33	3,39	0,89	1-4	1-4
Global	33	6,84	1,64	2-8	3-8

Em relação à dimensão horizontal (tabela14), percebe-se que “perspectivar o futuro com esperança” é o item que reúne menor grau de concordância para os participantes. Todavia, considerando a média global (7,36; DP=2,42), verifica-se que as pessoas tendem a demonstrar uma perspectiva positiva e significativa da vida.

Tabela 14 – Dimensão horizontal da espiritualidade (Escala de Avaliação da Espiritualidade)

Esperança/Otimismo	Amostra	Média	DP	Amplitude Teórica	Amplitude Observada
3. "Vejo o futuro com esperança"	33	2,03	0,98	1-4	1-4
4. "Sinto que a minha vida mudou para melhor"	33	2,18	1,04	1-4	1-4
5. "Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida"	33	3,15	1,06	1-4	1-4
Global	33	7,36	2,42	3-12	3-8

Comparando globalmente as duas dimensões da espiritualidade avaliadas – “crenças” e “esperança/otimismo” – em função das amplitudes, percebe-se que a dimensão vertical da espiritualidade é mais relevante do que a dimensão horizontal. Isto é, o refúgio na fé e na relação com o transcendente tende a ser um recurso com mais significado para os participantes do que o desenvolvimento de uma perspectiva positiva e esperançosa da vida e do futuro.

6.3. Análise da relação entre a qualidade de vida e a espiritualidade

Neste ponto pretende-se compreender a relação estabelecida entre os diferentes domínios da qualidade de vida e as dimensões da espiritualidade.

À exceção das categorias “segurança” e “manter-se saudável”, verificou-se a existência de correlações significativas entre as restantes categorias do EASYCare e a sub-escala “esperança/otimismo”. Estas correlações oscilam entre -0,572 e -0,350.

Relativamente à sub-escala “esperança/otimismo”, a leitura da tabela 15 permite observar o significado estatístico das correlações negativas moderadas entre a mesma e as dimensões “visão, audição e comunicação”, “cuidar de si”, “mobilidade”, “saúde mental e bem-estar”, “local de residência e finanças” e “administração da medicação”. Deste modo, os participantes que se sentem menos capazes nestas dimensões da qualidade de vida tendem a perspectivar a vida com menos esperança e optimismo.

Não se observaram relações estatisticamente significativas entre as dimensões da qualidade de vida e a sub-escala “crenças”.

Tabela 15. Correlações entre dimensões EASYCare e sub-escalas Escala de Avaliação da Espiritualidade

Dimensões EASYCare	“crenças” r_s	“esperança/optimismo” r_s
1. “visão, audição e comunicação”	---	-0,523**
2. “cuidar de si”	---	-0,507**
3. “mobilidade”	---	-0,439*
4. “segurança”	---	---
5. “local de residência e finanças”	---	-0,572**
6. “manter-se saudável”	---	---
7. “saúde mental e bem-estar”	---	-0,471**
8. “administração de medicação”	---	-0,350*

*A correlação é significativa para $p < 0,05$; **A correlação é significativa para $p < 0,01$

7. Discussão dos Resultados

A discussão dos resultados terá como linha orientadora os três objectivos delimitados para este estudo. Espera-se apresentar uma análise centrada nos dados mais relevantes, e que os mesmos possam contribuir para o aprofundamento do conhecimento da relação entre a percepção de qualidade de vida e a espiritualidade na pessoa idosa.

Domínios da percepção da qualidade de vida

O primeiro objectivo consistiu em avaliar os diferentes domínios da percepção de qualidade de vida em pessoas idosas utentes de uma unidade de tratamento de dor. Assim, constituiu-se uma amostra de 33 participantes, com uma média etária de 79,12 anos, distribuindo-se de forma muito semelhante por género e por local de residência. A maioria destes utentes recorre à consulta de tratamento da dor há pelo menos um mês, sobretudo por problemas osteoarticulares (72,7%).

A média de idades dos participantes situa-os numa faixa etária em que aumenta a probabilidade de comorbilidade, e na qual a literatura evidencia o declínio da capacidade funcional (Figueiredo, 2007; ESAW, 2003). No entanto, os dados obtidos revelaram que este grupo de participantes tende a manter-se funcional, independente e sem problemas na maioria dos domínios estudados, apesar da sua condição de doença.

Este facto questiona uma das representações sociais negativas mais associadas ao envelhecimento, isto é, a ideia de a pessoa idosa apresenta um elevado nível de dependência e disfuncionalidade. No entanto, apesar de algumas perdas que resultam do processo de senescência, o declínio observado na pessoa idosa resulta muitas vezes do papel que lhe é atribuído pela própria sociedade (WHO, 2008). Assim, a pessoa idosa pode revelar uma

dependência comportamental induzida pelo nível de disfuncionalidade que o meio espera observar (Baltes & Silvenberg 1995, citados por Sousa, Galante & Figueiredo, 2003).

De acordo com um estudo realizado com 1364 idosos portugueses com idade superior a 74 anos, utilizando a primeira versão do EASYCare, foram obtidos resultados que vêm contrariar esta imagem social negativa. As autoras verificaram que 79,7% dos participantes é totalmente independente, existindo diferenças individuais relativamente ao grau de dependência e percepção de qualidade de vida (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003).

Apesar dos participantes apresentarem, globalmente, uma perspectiva positiva da sua qualidade de vida, os domínios relativos à “saúde mental e bem-estar”, “mobilidade” e “cuidar de si” foram aqueles que se revelaram mais críticos, ainda que longe da disfuncionalidade.

No domínio da “saúde mental e bem-estar”, verificou-se que os participantes tendem a perceber a sua saúde como razoável (63,6%) e apenas 27,3% a identificam como fraca. Este resultado ganha especial relevância, quando se observa que 66,7% dos participantes relatam ter sentido dores corporais fortes no último mês. Apesar da dor crónica ter efeitos a longo prazo no bem-estar físico, psicológico e social de um indivíduo (Kauffman, 2001), para os participantes não parece assumir-se como um factor incapacitante. Este aspecto poderá relacionar-se com a forma subjectiva como cada pessoa percebe a sua saúde, pois a percepção de saúde não se relaciona somente com a dimensão física mas, também com a participação social, com o controle sobre a própria saúde, com a satisfação face à assistência médica, com o bem-estar emocional, com a espiritualidade e com outras variáveis da qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) (Fernández-Mayoralas *et al.*, 2007).

Todavia, a maioria dos participantes tem dificuldades em dormir e a sentir-se deprimida e só. De facto, o bem-estar psicológico parece carecer de mais atenção por parte dos profissionais de saúde, pois 60,6% dos participantes referem sentir-se deprimidos. Este dado vai ao encontro de aspectos relatados em diferentes estudos sobre o impacto da dor crónica na qualidade de vida. Nestes estudos observa-se a relação entre a dor crónica e elevados níveis de ansiedade, depressão e distúrbios de sono (Lamé, Peters, Valaeyen, Kleef & Patijn, 2005; Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006). Como implicações para a intervenção e actuação dos profissionais e dos serviços de saúde, este dado vem reforçar a necessidade de antecipação dos problemas de saúde mental que podem surgir associados à vivência da dor crónica. Este aspecto deve assumir-se uma constante na prevenção primária junto da pessoa idosa com dor crónica.

Algumas das actividades instrumentais de vida diária, contempladas nos domínios “cuidar de si” e “mobilidade” representam as áreas de maior dificuldade para os participantes. Assim, a realização de actividades domésticas, a preparação de refeições, as compras, a deslocação aos serviços públicos ou o caminhar no exterior são as actividades onde mais participantes revelam sentir dificuldade. Este facto é corroborado pelo *European Study of Adult Well-Being* (ESAW, 2003), no qual se identifica a diminuição da capacidade para desempenhar actividades instrumentais de vida diária com o aumento da idade. Todavia, neste estudo, as dificuldades podem ocorrer devido às limitações de ordem física associadas às dores osteoarticulares. Estudos

realizados com pessoas com doenças osteoarticulares revelam que a vivência da dor crónica pode levar à activação de estratégias de evitamento para lidar com a dor, resultando na restrição de algumas actividades, de forma a evitar estímulos dolorosos (Oliveira *et al.*, 2009; Lamé *et al.*, 2005). Breivik *et al.* (2006), por exemplo, no seu estudo sobre a prevalência, o impacto e o tratamento da dor crónica em pacientes de 15 países Europeus e Israel, verificaram que em 79% dos participantes a dor crónica limita a realização das actividades de vida diárias, a capacidade para caminhar e fazer exercício físico, a manutenção das actividades sociais e o seu estilo de vida independente.

As dificuldades no âmbito da mobilidade, particularmente no que toca à deslocação aos serviços públicos, podem ainda ser agravadas pela forma como os próprios serviços estão organizados e estruturados em termos de acessibilidade. De facto, a WHO (2002), no seu modelo de envelhecimento activo, adverte para a necessidade de adaptação e de tornar acessíveis e capacitadores os ambientes, podendo fazer a diferença entre a autonomia e a dependência para as pessoas com limitações ao nível da mobilidade.

Dimensões da espiritualidade: “crenças” e “esperança/optimismo”

O estudo da espiritualidade nas pessoas idosas que frequentam uma unidade de dor hospitalar foi também um dos objectivos do presente trabalho.

Assim, verificou-se que a dimensão vertical da espiritualidade assume maior concordância junto dos participantes, ou seja, as crenças religiosas/espirituais, a relação com a fé e o transcendente são mais valorizadas. Este facto vai ao encontro dos pressupostos que estiveram na base da construção do instrumento utilizado no estudo. Pinto e Pais-Ribeiro (2009) referem que uma grande parte das pessoas atribui o conceito de espiritualidade à fé religiosa.

A importância da dimensão religiosa na vida dos participantes pode ter na sua génese razões de ordem cultural. Numa sociedade com raízes judaico-cristãs é notória a marcada prática religiosa (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). No entanto, este dado poderá indicar que as crenças religiosas/espirituais se assumem como um mecanismo de adaptação a circunstâncias adversas da vida. Poder acreditar no divino e no transcendente, numa entidade protectora que auxilia em momentos de ansiedade, poderá constituir-se como uma experiência criativa e adaptativa (Silva, 2005). Também para Pinto e Pais-Ribeiro (2007), o *coping* religioso-espiritual apresenta-se como uma forma das pessoas utilizarem a fé e as suas crenças de forma a adaptarem-se e a gerir situações de crise. Estas situações de crise podem emergir do próprio processo de envelhecimento ou de uma situação de doença, como a dor crónica.

Apesar de menos relevante para os participantes, a dimensão horizontal desta escala, “esperança/optimismo”, revela dados importantes. O item 3 – “vejo o futuro com esperança” foi o que obteve menor concordância por parte dos participantes. Já Pinto e Pais-Ribeiro (2007), no processo de validação do instrumento, referem que este item apresenta valores de magnitude inferiores relativamente aos itens 4 e 5 que constituem a dimensão “esperança/optimismo”. Os autores justificam este dado com as características da sua amostra, tratando-se de pessoas que

enfrentam um cancro, situação associada a um grande fatalismo (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). No presente estudo, este dado pode justificar-se também pelas características dos participantes, são pessoas idosas que vivem em situação de doença e cuja média de idades as coloca numa situação de confronto com a finitude.

A este propósito, a teoria de desenvolvimento psicossocial de E. Erikson (1982, citado em Schaie & Willis, 2002) postula que, nesta fase da vida, a pessoa idosa tem de encontrar um equilíbrio entre a procura da sua integridade e a sensação de desespero perante a morte, e que a resolução deste conflito poderá resultar na obtenção de sabedoria, uma virtude muitas vezes associada ao envelhecimento. A sabedoria pode ser entendida como um mecanismo pelo qual a pessoa idosa se ajusta às perdas que vai sofrendo, pela aplicação da experiência adquirida ao longo da vida na resolução dos seus problemas (Schaie & Willis, 2002).

Na velhice, há a necessidade de procurar um novo sentido para o futuro incerto e curto, procurando integrar toda uma vida já vivida (Pinto & Pais-Ribeiro, 2009). Alguns estudos evidenciam a existência de algumas tarefas, necessidades e mudanças espirituais associadas ao envelhecimento (Dalby, 2006). Um envolvimento espiritual, poderá assumir-se como uma estratégia para a pessoa idosa lidar com as suas perdas e perspectivar a sua vida de forma positiva, procurando integrar o passado, com o presente fugaz e com futuro incerto e possivelmente curto (Pinto & Pais-Ribeiro, 2009). Talvez seja esta a razão pela qual, na dimensão horizontal, se tenham obtido valores de maior concordância para os itens 4 e 5, respectivamente, “sinto que a minha vida mudou para melhor” e “aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida”, relativamente ao item 3 – “vejo o futuro com esperança”.

Relação entre os domínios da qualidade de vida e as dimensões da espiritualidade

Compreender a relação entre a qualidade de vida e a espiritualidade foi o principal desígnio deste trabalho.

Assim, há a salientar que, à excepção dos domínios “segurança” e “manter-se saudável”, todas as restantes dimensões da qualidade de vida se correlacionaram com a dimensão horizontal da espiritualidade. Ou seja, as pessoas que percebem pior a sua qualidade de vida, são aquelas que revelam menos esperança/optimismo.

Pinto e Pais-Ribeiro (2009), no seu estudo sobre a avaliação da espiritualidade em doentes oncológicos, também identificaram correlações entre as dimensões da qualidade de vida e da espiritualidade. As correlações encontradas por estes autores, vão ao encontro das encontradas neste estudo, e indicam que uma perspectiva de vida positiva e com esperança conduz a uma maior qualidade de vida (Pinto & Pais-Ribeiro, 2009). Também Sawatzky (2002), na meta-análise desenvolvida sobre a relação entre a espiritualidade e a qualidade de vida, concluiu pela presença de uma associação moderada entre estes dois domínios.

A capacidade de esperança e optimismo perante a vida parece ser influenciada pela percepção da qualidade de vida. Assim, a dimensão espiritual deveria ser considerada na avaliação da qualidade de vida. A Organização Mundial de Saúde contempla-a no seu instrumento

de avaliação de qualidade de vida (World Health Organization Quality of Life Instrument - WHOQOL), tendo desenvolvido um projecto para aprimorar a avaliação da “religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais”, o WHOQOL-SRPB (WHOQOL - Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs) uma vez que doentes, profissionais de saúde e outras pessoas da comunidade consideraram ser este um dos domínios centrais da qualidade de vida (Fleck & Skevington, 2007).

Johnson *et al.* (2007), no seu estudo sobre a qualidade de vida e espiritualidade em doentes com cancro, também encontraram uma relação entre os domínios da qualidade de vida e espiritualidade, identificando que uma alteração num dos domínios da qualidade de vida pode afectar os restantes e o bem-estar espiritual. Alguns estudos também revelam que a dimensão espiritual ajuda a pessoa idosa, através da manutenção de práticas religiosas, a reforçar as suas redes sociais, contribuindo para a sua satisfação com a vida e, consequentemente, mantendo a sua qualidade de vida (Peterson & Webb, 2006).

É fundamental que se contemple na prática clínica a dimensão espiritual como parte integrante do processo desenvolvimental, tão importante como as dimensões biológicas, psicológicas e sociais. A espiritualidade poderá ajudar a pessoa idosa a gerir o seu processo de saúde, reduzindo a sensação de perda de controlo e de esperança que acompanha muitas vezes o processo de doença, contribuindo de forma positiva para o percurso de um envelhecimento bem-sucedido (Crowther *et al.*, 2002).

7.1. Implicações, limitações e perspectivas

Em jeito de síntese, verificou-se que a saúde mental e bem-estar é uma das áreas mais problemáticas para os participantes, e que a dimensão espiritual se assume como importante, podendo associar-se à percepção de qualidade de vida. Estes dados têm importantes implicações quer ao nível da intervenção, quer ao nível teórico.

Do ponto de vista da intervenção, parece importante que os profissionais de saúde invistam numa abordagem à pessoa idosa atenta a aspectos relativos à sua saúde mental e bem-estar, através de um acompanhamento multidisciplinar efectivo. Deverão também contemplar a dimensão espiritual na avaliação da qualidade de vida da pessoa idosa com dor crónica. Koenig (2004), refere que a dimensão espiritual da pessoa com doença crónica tem impacto sobre a sua saúde física e mental, uma vez que influencia a sua própria decisão terapêutica. O conhecimento das crenças espirituais da pessoa idosa permitirá aos profissionais de saúde perceber o impacto das mesmas nos seus comportamentos. Assim, a equipa de saúde estará desperta para as necessidades de cuidado espiritual dos seus utentes, podendo acompanhá-los no reforço das suas práticas espirituais quando as mesmas produzem práticas saudáveis, ajudando a incorporá-las no cuidado para a promoção de saúde e da qualidade de vida (Paula, Nascimento & Rocha, 2009).

Do ponto de vista teórico, o estudo representa um contributo para o estado actual do conhecimento acerca da relação da qualidade de vida e espiritualidade em pessoas que sofrem de dor crónica, abrindo novas perspectivas de investigação. O facto dos participantes apresentarem fortes crenças religiosas mas simultaneamente perspectivarem o futuro com pouca esperança, constitui um dado que merece ser explorado. Seria interessante perceber através de um estudo de natureza qualitativa se este aspecto se fica a dever à carga negativa que a presença de uma doença crónica representa, se se prende com a proximidade deste grupo etário à fase final do ciclo da vida, e de que forma as suas crenças influenciam a sua percepção sobre a morte. Existem estudos que revelam que uma prática religiosa comprometida, e não apenas formal ou convencional, pode ajudar a diminuir os níveis de ansiedade face à morte e a encontrar um sentido mais positivo para a vida e a morte (Oliveira, 2008).

Seria também pertinente perceber como varia a relação entre a qualidade de vida e a espiritualidade em função da idade, pelo que em estudos posteriores se deveriam constituir amostras mais alargadas de pessoas com dor crónica a partir dos 65 anos de idade.

Como limitações deste estudo, há a salientar o facto do seu desenho ser de natureza transversal, não permitindo observar a evolução dos participantes ao longo seu processo de tratamento da dor. Neste sentido, em futuras investigações seria pertinente adoptar uma perspectiva longitudinal, acompanhando os participantes desde a primeira consulta e observar a evolução da relação entre a qualidade de vida e espiritualidade, à medida que vêm a sua dor controlada.

Outra limitação prende-se com o tamanho reduzido da amostra, além da mesma ser circunscrita a apenas um serviço de tratamento da dor, impedindo a generalização dos resultados. Assim, estudos posteriores poderiam considerar o alargamento do estudo a utentes de unidades de dor de outras instituições de saúde.

8. Conclusões

Com este trabalho pretendeu-se estudar a relação entre a percepção da qualidade de vida e a espiritualidade em idosos utentes de uma unidade de tratamento de dor.

Verificaram-se correlações entre as dimensões da qualidade de vida e espiritualidade, o que vem reforçar a necessidade de valorização da dimensão da espiritualidade para a pessoa idosa com dor crónica, pelos profissionais de saúde. Os dados revelam a associação entre a percepção de qualidade de vida e a esperança/optimismo.

A espiritualidade pode assumir-se como uma estratégia de adaptação perante a adversidade de uma doença crónica e das perdas associadas ao próprio processo de envelhecimento. Por sua vez, as crenças religiosas/espirituais podem determinar a forma como a pessoa idosa percebe o seu processo de doença e condicionar as suas próprias escolhas face, por exemplo, à adesão terapêutica ou à relação estabelecida com a equipa de saúde.

Os profissionais de saúde poderão assumir um papel importante na prestação do cuidado espiritual à pessoa idosa com dor crónica. Ao conhecer as suas práticas religiosas/espirituais poderão compreender as suas atitudes durante o processo de tratamento, auxiliando a adoptar ou manter práticas que contribuam para a promoção de saúde. Para tal, compete à equipa de saúde, realizar uma colheita de dados exaustiva sobre a pessoa idosa, por forma a direccionarem as suas intervenções para o fortalecimento das suas estratégias de *coping* religioso/espiritual, e para a promoção do seu bem-estar e qualidade de vida.

Os participantes revelaram fortes crenças religiosas/espirituais, considerando que as mesmas orientam o sentido da sua vida e lhes dão força em momentos difíceis. No entanto, devido à presença da sua condição de doença relatam dificuldade nas deslocações ao exterior, podendo a mesma condicionar o acesso aos seus locais de culto religioso ou espiritual. Seria importante que as políticas públicas comesçassem a reflectir sobre a necessidade de melhoria de acessibilidades a transportes públicos, a serviços de saúde, e também a locais de culto religioso, para que se respeitem as crenças e fé individuais.

Em suma, a espiritualidade assume-se como uma dimensão importante para os participantes, podendo apresentar-se como um mecanismo de adaptação face à adversidade de uma doença crónica e, desse modo, influenciar a percepção de qualidade de vida.

Os profissionais de saúde devem perceber a pessoa idosa como um elemento activo no seu processo de saúde e envelhecimento, enquanto ser que integra uma multiplicidade de dimensões que contribuem para a sua qualidade de vida, entre as quais a sua dimensão espiritual. Para tal é necessário investir na formação e informação das equipas de saúde, e continuar a investir no desenvolvimento de estudos nesta área.

Apesar das dificuldades e limitações que o processo de envelhecimento implica, e da presença de uma dor crónica, é possível manter um bom nível de funcionalidade e a qualidade de vida. Este dado vem reforçar a necessidade de desmitificar a imagem social do envelhecimento como sinónimo de dependência e disfuncionalidade. Cabe a cada um de nós trabalhar a imagem que constrói da pessoa idosa e do processo de envelhecimento.

9. Bibliografia

- Berger, L. (1995). Aspectos psicológicos e cognitivos do envelhecimento. In L. Berger & D. Mailloux-Poiried (Coord.), *Pessoas Idosas. Uma abordagem global* (pp.157-197). Loures: Lusodidacta.
- Brady, M., Peterman, A., Mo, M. & Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology*, 8, 417-428.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287-333
- Brown, J., Bowling A. & Flynn T. (2004). Models of quality of life: a taxonomy, overview and systematic review of literature. *European Forum on Population Ageing Research*.
- Cerrato, I. & Trocóniz, M. (1998). Successful aging. But, why don't the elderly get more depressed? *Psychology in Spain*, 1 (2), 27-42.
- Crowther, M. R., Parker, M.W., Achenbaum, W. A., Larimore, W. L. & Koenig, H. G. (2002). Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: positive spirituality – the forgotten factor. *The Gerontologist*, 42 (5), 613-620.
- Cupertino, A. P. & Novaes, C. (2004). Espiritualidade e Envelhecimento Saudável. In A. L. Saldanha & C. P. Caldas (Coord.), *Saúde e Idoso: a arte de cuidar* (pp. 358 – 368). Rio de Janeiro: Interciência.
- Dalby, P. (2006). Is there a process of spiritual change or development associated with ageing? A critical review of research. *Aging & Mental Health*, 10 (1), 4-12. Recuperado a 29 de Novembro de 2007 de: <http://dx.doi.org/10.1080/13607860500307969>.
- ESAW (2003). *The European Model of Ageing Well*. Luxembourg: European Study of Adult Well-Being
- Fernandez-Mayoralas, G. et al. (2007). El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores. Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 74. Recuperado a: 08 de Agosto de 2007, de: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/fernandezmayoralas-significado-01.pdf>.

- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Finkelstein, F. O., West, W., Gobin, J., Finkelstein, S. H. & Wuerth, D.. (2007). Spirituality, quality of life and dialysis patient. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 22, 2432 – 2434.
- Fleck, M., Borges, Z., Bolognesi, G. & Rocha, N. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de saúde pública*, 37(4), 446-55
- Fleck, M. & Skevington, S. (2007). Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (1), 146-149
- Fonseca, A.M., (2005a). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A.M., (2005b). O envelhecimento bem sucedido. In C. Paúl & A. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 281-311). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência
- Guimarães, H. P. & Avezum, A. (2007). O impacto da espiritualidade na saúde física. *Revista de Psiquiatria. Clínica*. 34 (1), 88-94.
- John, L.D. (2010). Self-care strategies used by patients with lung cancer to promote quality of life. *Oncology Nursing Forum*, 37(3), 339-347
- Johnson, M. et al (2007). Measuring Spiritual Quality of Life in Patients with Cancer. *The Journal of Supportive Oncology*, 9(5), 437-222
- Kauffman, T. L. (2001). *Manual de reabilitação Geriátrica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan
- Koenig, H.G. (2004). Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. *Southern Medical Journal*, 97 (12), 1194-1200.
- Lamé, I.E., Peters M.L., Vlaeyen, J. W. S., Kleef, M. & Patijin, J. (2005). Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *European Journal of Pain*, 9, 15-24
- Mailloux-Poirier, D. (1995). As Teorias do envelhecimento. In L., Berger & D., Mailloux-Poirier (Coord), *Pessoas Idosas* (pp.99-106). Loures: Lusodidacta.

- Moreira-Almeida, A. (2007). Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. *Revista de Psiquiatria. Clínica*, 34 (1), 3-4.
- Oliveira, J. B. (2008). *Psicologia do Idoso - Temas Complementares*. Porto: Livpsic
- Oliveira, P., Monteiro, P., Coutinho, M., Salvador, M.J., Costa, M.E. & Malcata, A. (2009). Qualidade de vida e vivência da dor crónica nas doenças reumáticas. *Orgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Reumatologia*, 34, 511-519
- Osório, A. R., (2007). Os idosos na sociedade actual. In A. R., Osório & F. C., Pinto (Coord.), *As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa* (pp. 11-45). Lisboa: Instituto Piaget.
- Ouwehand, C., Ridder, D. & Bensing, J. (2006). A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clinical Psychology Review*. 27, 873-884
- Pais-Ribeiro, J. & Pombeiro, T. (2004). Relação entre espiritualidade, ânimo e qualidade de vida em pessoas idosas. *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, pp. 757 – 769. Lisboa
- Panzini R. G., Rocha N. S., Bandeira D. R. & Fleck M. P. A. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 34 (1), 105-115.
- Panzini R. G., Rocha N. S., Bandeira D. R. & Fleck M. P. A. (2008). Espiritualidade / religiosidade e qualidade de vida. In M. P. A., Fleck (Coord.), *A avaliação da Qualidade de vida: guia para profissionais* (pp. 178 – 196). Porto Alegre: Artimed.
- Paula, E., Nascimento, L. & Rocha, S.(2009). Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com Insuficiência Renal Crónica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(1), 100-106.
- Peterson, M. & Webb, D. (2006). Religion and Spirituality in Quality of Life Studies. *Applied Research in Quality of Life*, 1, 107-116.
- Pinto, C. & Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Construção de Uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. *Arquivos de Medicina*, 21(2), 47-53.
- Pinto, C. & Pais-Ribeiro, J. L. (2009). Avaliação da Espiritualidade dos Sobreviventes de Cancro: implicações na qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* (aceite).

- Ramos, H. (2001). Qualidade de vida e envelhecimento. In L., Archer, M., Renaud, W., Osswald & J., Biscaia (Coord.), *Novos Desafios à Bioética*. Porto Editora.
- Ramos (2005). *Crescer em stress*. Porto: Ambar.
- Rippentrop, A., Altmaier, E., Chen, J., Found, E. & Keffala, V. (2005). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*, 116, 311-321
- Rowe, M. M. (2004). Spirituality as a means of coping with chronic illness. *American Journal of Health Studies*. Recuperado a 24 de Janeiro de 2010 de: http://findarticles.com/p/articles/mi_m0CTG/is_1_19/ai_n6072019/Wntr
- Rowe, J. & Kahn, R. (1998). *Successful Aging*. New York: Dell Publisher.
- Sawatzky, R. (2002). *A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life*. Unpublished Master's degree dissertation, University of British Columbia, Canada.
- Schaie, K. W. & Willis, S. L., (2002). *Adult Development and Aging*. New York: Prentice-Hall.
- Sessana, L., Finnell, D. & Jezewski, A. (2007). Spirituality in Nursing and Health-Related Literature. *Journal of Holistic Nursing*, 25 (4), 252-262.
- Silva, M. (2005). Saúde mental e idade avançada: uma perspectiva abrangente. In C., Paúl & A., Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp.137-156). Lisboa: Climepsi Editores.
- Sousa, L. & Figueiredo, D. (2000b). Facilitar os cuidados aos idosos: Uma escala de avaliação da qualidade de vida e bem-estar. *Psychologica*, 25, 19-24.
- Sousa, L. & Figueiredo, D. (2000a). *Geriatric Assesment Techonology Training- Pacote de Formação*. Aveiro: Universidade de Aveiro (Organizado e desenvolvido com o apoio do Programa Leonardo da Vinci das Comunidades Europeias).
- Sousa, L., Figueiredo, D., Guerra, S., Marques, A., Silvestre, J. & Pereira, G. (2009). *Caracterizar a qualidade de vida e as necessidades das pessoas idosas*. Documento policopiado, não publicado. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Sousa, L., Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de Vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37 (3), 364-371.

- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família* (2ª ed.). Porto: Âmbor
- Spar, J & La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Tamer, N.L. & Petriz, G. (2005). A qualidade de vida dos idosos. In Osório, A. R. & Pinto, F. C. (Coord.). *As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa* (pp.181-201) Lisboa: Instituto Piaget.
- Thoresen, C. E. (1999). Spirituality and Health: is there a relationship? *Journal of Health Psychology*, 4 (3), 291 – 300.
- Walker, A. (2005). A European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*, 2, 2-12.
- WHO, (1996). *WHOQOL-BREF*. Geneva: World Health Organization.
- WHO, (2002). *Active Ageing: a policy framework*. Madrid: World Health Organization.
- WHO (2008). Demystifying the myths of ageing. Copenhagen: World Health Organization
Recuperado a: 07 de Abril de 2010, de: <http://www.euro.who.int/p>

Apêndice

Apêndice I

Questionário

1. Diagnóstico médico:-----

2. Há quanto tempo realiza tratamento na Unidade de Dor?-----

3. Qual o tempo decorrido entre o diagnóstico médico e o início dos tratamentos na
Unidade de
Dor? _____

Anexos

Anexo I



universidade de aveiro

EASY-Care Standard

Esta avaliação visa a análise das suas principais necessidades e prioridades relativamente à sua saúde e processo de cuidados. O preenchimento desta avaliação pode ser feito por si ou com a ajuda de um profissional de saúde ou de acção social. Se desejar, também pode solicitar o envolvimento de um membro da sua família ou de um cuidador no preenchimento da sua avaliação.

No início pode registar os dados sobre si próprio(a) e sobre o motivo pelo qual está a ser avaliado. Durante a avaliação ser-lhe-ão feitas perguntas relativamente a:

- Visão, audição e comunicação
- Cuidar de si (auto-cuidado)
- Mobilidade
- Segurança
- Local de residência e finanças
- Manter-se saudável
- Saúde mental e bem-estar
- Outras informações que considere importantes.

Data de recolha de dados: _____

1. **Sexo:** Feminino ☐ (f) Masculino ☐ (m)

2. Idade: _____

3. **Zona de residência:** Rural ☐ (r) Urbana ☐ (u)

4. Estado civil:

Solteiro ☐ (s)

Casado(a)/união de facto ☐ (c)

Divorciado(a)/Separado(a) ☐ (d)

Viúvo(a) ☐ (v)

5. Anos de educação formal: _____

6. Em geral como caracteriza as suas finanças no fim do mês?


Não chegam para as necessidades (3)

Suficientes (2)

Sobra algum dinheiro (1)

7. Com quem vive?

Sozinho (s)

Em casal  (c)

Com família alargada ☒ (f)

Em instituição \square (i)

Outra situação ☐ (o) Qual?

8. Situação profissional

Empregado(a) a tempo integral ☐ (eti)Empregado(a) a tempo parcial ☐ (etp)Desempregado(a) ☐ (de) Doméstica ☐ (do)Pensionista \square (p) Reformado(a) \square (r) Estudiante \square (est)

1. Visão, audição e comunicação

1.1. Consegue ver (com óculos, se usar)?

Sim ☐ (0) Com dificuldade ☐ (1) Não vê nada ☐ (3)

1.2. Consegue ouvir (com prótese auditiva, se usar)?

Sim ☐ (0) Com dificuldade ☐ (1) Não ouve nada ☐ (3)

1.3. Tem dificuldade em fazer-se entender devido a problemas com a sua fala?

Não tem dificuldade ☐ (0)

Dificuldades com algumas pessoas ☐ (1)

Dificuldade considerável com todas as pessoas ☐ (3)

1.4. Consegue utilizar o telefone?

Sem ajuda, incluindo procurar e marcar números ☐ (0)

Com alguma ajuda ☐ (2)

Não consegue utilizar o telefone ☐ (3)

2. Cuidar de si

2.1. Consegue cuidar da sua aparência pessoal? (p. ex. pentear-se, barbear-se, maquilhar-se, ...)

Sem ajuda ☐ (0) Precisa de ajuda para manter a aparência ☐ (5)

2.2. Consegue vestir-se?

Sem ajuda (incluindo botões, atacadores, ...) ☐ (0)

Com alguma ajuda (consegue fazer parte sem ajuda) ☐ (4)

Não consegue vestir-se ☐ (6)

2.3. Consegue lavar as mãos e a cara?

Sem ajuda ☐ (0) Precisa de ajuda ☐ (1)

2.4. Consegue utilizar a banheira ou o duche?

Sem ajuda ☐ (0) Precisa de ajuda ☐ (5)

2.5. Consegue fazer as suas tarefas domésticas?

Sem ajuda (limpar chão, ...) ☐ (0)

Com alguma ajuda (consegue fazer as tarefas mais ligeiras, mas precisa de ajuda nas mais pesadas) ☐ (2)

Não consegue fazer nenhuma tarefa doméstica ☐ (3)

2.6. Consegue preparar as suas refeições

Sem ajuda (planear e cozinhar sozinho/a refeições completas) ☐ (0)

Com alguma ajuda (consegue preparar algumas coisas, mas não consegue cozinhar sozinho/a refeições completas) ☐ (2)

Não consegue preparar refeições ☐ (5)

2.7. Consegue alimentar-se?

Sem ajuda ☐ (0)

Com alguma ajuda (cortar alimentos, espalhar manteiga, ...) ☐ (3)

Não consegue alimentar-se ☐ (8)

2.8. Tem alguns problemas com a sua boca ou dentes? Se sim, por favor especifique.

Não ☐ (0)

Sim ☐ (1) Quais?

2.9. Consegue tomar os seus medicamentos?

Sem ajuda (nas doses correctas e às horas certas) ☐ (0)

Com alguma ajuda (se alguém lhos preparar e/ou o lembrar de os tomar) ☐ (2)

Não consegue tomar os seus medicamentos ☐ (4)

2.10. Já teve problemas com a sua pele (p. ex. úlceras na perna, escaras)?

Não ☐ (0)

Sim ☐ (1) Quais?

2.11. Tem acidentes com a sua bexiga (incontinência urinária)?

Não tem acidentes ☐ (0)

Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por dia) ☐ (5)

Acidentes frequentes (uma vez por dia ou mais) ou precisa de ajuda com algália ☐ (8)

2.12. Tem acidentes com os seus intestinos (incontinência fecal)?

Não tem acidentes ☐ (0)

Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por semana) ☐ (6)

Acidentes frequentes ou precisa que lhe seja administrado um clister ☐ (8)

2.13. Consegue utilizar a sanita (ou a cadeira sanitária)?

Sem ajuda (consegue chegar à sanita/cadeira sanitária, despir-se o necessário, limpar-se e sair) ☐ (0)

Com alguma ajuda (consegue fazer algumas coisas, incluindo limpar-se) ☐ (4)

Não consegue utilizar a sanita/cadeira sanitária ☐ (7)

3. Mobilidade

3.1. Consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem ao lado uma da outra?

Sem ajuda ☐ (0)

Com alguma ajuda ☐ (4)

Não consegue deslocar-se da cama para a cadeira ☐ (7)

3.2. Tem problemas com os seus pés

Não ☐ (0)

Sim ☐ (1) Quais?

3.3. Consegue deslocar-se dentro de casa?

Sem ajuda ☐ (0)

Numa cadeira de rodas sem ajudas ☐ (5)

Com alguma ajuda ☐ (7)

Acamado ☐ (8)

3.4. Consegue subir e descer escadas?

Sem ajuda (incluindo usar qualquer ajuda técnica de auxílio à marcha) ☐ (0)

Com alguma ajuda ☐ (2)

Não consegue subir e descer escadas ☐ (4)

3.5. Nos últimos 12 meses caiu alguma vez?

Não ☐ (0) Uma vez ☐ (1) Duas ou mais vezes ☐ (2)

3.6. Consegue andar no exterior?

Sem ajuda ☐ (0) Com alguma ajuda ☐ (3) Não consegue andar no exterior ☐ (6)

3.7. Consegue ir às compras?

Sem ajuda (trata de todas as suas compras) ☐ (0)

Com alguma ajuda (precisa que alguém vá consigo sempre que vai às compras) ☐ (2)

Não consegue ir às compras ☐ (4)

3.8. Tem alguma dificuldade em se deslocar até aos serviços públicos (p. ex consultório médico, farmácia, dentista)?

Não tem dificuldade ☐ (0)

Com alguma ajuda ☐ (2)

Não consegue deslocar-se até aos serviços públicos ☐ (5)

4. Segurança

4.1. Sente-se seguro dentro da sua casa?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

4.2. Sente-se seguro fora da sua casa?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

4.3. Já alguma vez se sentiu ameaçado/a ou assediado/a por alguém?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

4.4. Sente-se discriminado/a por alguma razão (p. ex. a sua idade, sexo, raça, religião)?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

4.5. Tem alguém que o possa ajudar em caso de doença ou urgência?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

5. Local de residência e finanças

5.1. De uma forma geral está satisfeito/a com a sua residência?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

5.2. Consegue gerir o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros?

Sim ☐ (0) Não ☐ (4)

5.3. Gostaria de obter aconselhamento acerca de subsídios ou benefícios a que possa ter acesso?

Sim ☐ (S) Não ☐ (N)

6. Manter-se saudável

6.1. Faz exercício regularmente?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

6.2. Fica com falta de ar durante as actividades normais?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

6.3. Fuma tabaco (cigarros, charuto, cachimbo)?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

6.4. Acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

6.5. A sua tensão arterial foi verificada recentemente?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

6.6. Tem alguma preocupação com o seu peso?

Não tem preocupações ☐ (N) Com perda de peso ☐ (PP) Com excesso de peso ☐ (EP)

6.7. Tem as suas vacinas em dia?

Não ☐ (N) Não sabe ☐ (NS) Sim ☐ (S)

6.8. Tem em dia os exames de rastreio de cancro

Não ☐ (N) Não sabe ☐ (NS) Sim ☐ (S)

7. Saúde mental e bem-estar

7.1. Consegue realizar actividades de lazer, trabalho e outras actividades que são importantes para si?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

7.2. De uma forma geral, diria que a sua saúde é:

Excelente ☐ (1) Muito boa ☐ (2) Boa ☐ (3) Razoável ☐ (4) Fraca ☐ (5)

7.3. Sente-se sozinho/a?

Nunca ☐ (1) Por vezes ☐ (2) Muitas vezes ☐ (3)

7.4. Recentemente perdeu ou faleceu alguém que lhe é próximo?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

7.5. No mês passado teve alguns problemas em dormir?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

7.6. No mês passado teve dores corporais?

Não ☐ (0) Sim ☐

Se sim: Muito suaves ☐ (1) Suaves ☐ (2) Moderadas ☐ (3) Fortes ☐ (4)

7.7. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado por se sentir em baixo, deprimido ou desesperado?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

7.8. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

7.9. Tem algumas preocupações em relação a perdas de memória ou esquecimentos?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

8. Administração de medicação

8.1. Precisa de ajuda para obter regularmente os seus medicamentos?

Sim ☐ (1) Não ☐ (0)

8.2. Toma sempre os medicamentos de acordo com as recomendações do seu médico?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

8.3. Consegue tirar todos os seus medicamentos das embalagens?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

8.4. Pensa que alguns dos seus medicamentos podiam ser mais eficazes se tomados de forma diferente?

Sim ☐ (1) Não ☐ (0)

9. Avaliação do risco de quedas

A resposta afirmativa em pelo menos 3 dos itens que se seguem indica um elevado risco de quedas.

Indicador de risco	Fonte: EASY-Care Standard	Atribuir 1 ponto a cada um
Uma ou mais quedas no ano que passou	P 3.5	
Tem dificuldade em ver	P 1.1	
Tem pouca estabilidade de pé	P 3.4	
Está limitado ao domicílio	P 3.6	
Dificuldade em deslocar-se	P 3.1	
Problemas com os seus pés	P 3.2	
Falta de segurança no domicílio	P 3.3	
Ingestão excessiva de álcool	P 6.4	
Total (de 8)		

10. Risco de ruptura no cuidado ou de admissão hospitalar

Indicador de risco	Fonte: EASY-Care Standard	Atribuir 1 ponto a cada um
Precisa de ajuda a		
vestir-se	P 2.2	
tomar banho	P 2.4	
alimentar-se	P 2.7	
usar a sanita	P 2.13	
Nos últimos 12 meses caiu alguma vez	P 3.5	
Alguns acidentes com a bexiga	P 2.11	
Preocupações com perda de peso	P 6.6	
Saúde em geral razoável ou fraca	P 7.2	
Muitas dores corporais no último mês	P 7.6	
Perda de memória ou esquecimentos	P 7.9	
“Em baixo”, deprimido ou desesperado	P 7.7	
Pouco interesse ou prazer em fazer coisas	P 7.8	
Total (de 12)		

11. Pontuação de independência

		Pontuação
P 1.4	Não consegue utilizar o telefone (3), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.1	Precisa de ajuda para manter o aspecto cuidado (5)	
P 2.2	Não consegue vestir-se (6), ou com alguma ajuda (4)	
P 2.4	Não consegue tomar banho/duche (5)	
P 2.5	Não consegue fazer as tarefas domésticas (3), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.6	Não consegue preparar refeições (5), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.7	Não consegue alimentar-se (8), ou com alguma ajuda (3)	
P 2.9	Não consegue tomar medicamentos (4), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.11	Acidentes frequentes de bexiga (8) ou ocasionais (5)	
P 2.12	Acidentes frequentes de intestinos (8) ou ocasionais (6)	

P 2.13	Não consegue utilizar a sanita (7), ou com alguma ajuda (4)	
P 3.1	Não consegue deslocar-se da cama para a cadeira (7), ou com alguma ajuda (4)	
P 3.3	Acamado (8), ou precisa de ajuda para se deslocar dentro de casa (7), ou de cadeira de rodas sem ajuda (5)	
P 3.4	Não consegue subir nem descer escadas (4), ou com alguma ajuda (2)	
P 3.6	Não consegue andar no exterior (6), ou com alguma ajuda (3)	
P 3.7	Não consegue ir às compras (4), ou com alguma ajuda (2)	
P 3.8	Não consegue deslocar-se até aos serviços públicos (5), ou com alguma ajuda (2)	
P 5.2	Não consegue gerir as finanças (4)	
	Total	

Anexo II

Espiritualidade

Escala de Avaliação da Espiritualidade (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007)

As frases/expressões seguintes referem-se à sua espiritualidade / suas crenças pessoais, e ao modo como elas afectam a sua qualidade de vida.

Por favor, **marque** com uma **X** (cruz) aquela opção que melhor expressar a sua opção, na **última semana**. Não existe resposta certa ou errada.

	Não concordo [1]	Concordo um pouco [2]	Concordo bastante [3]	Concordo plenamente [4]
1. As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vejo o futuro com esperança.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sinto que a minha vida mudou para melhor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo III



universidade de aveiro

Consentimento Livre e Informado

Investigador: _____ **Contacto telefónico:** _____

Responsável pelo projecto: Liliana Sousa (Universidade de Aveiro, 234 372440)

Com este estudo procuramos identificar as principais necessidades de pessoas com mais de 74 anos, considerando diferentes áreas: social, saúde, financeira, segurança e habitação. Neste sentido, precisamos que responda a um questionário (Easy-care, Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas), que demora cerca de 20 minutos a ser preenchido.

Precisamos também que responda a um outro questionário que avalia uma dimensão associada à qualidade de vida: a espiritualidade (Escala de Avaliação da Espiritualidade).

Nenhuma informação que o identifique será colocada nos questionários. Responder a estes questionários não prejudica a sua saúde e a sua decisão de participar ou não participar não terá qualquer alteração no seu tratamento médico presente ou futuro. A sua participação não terá qualquer custo para si. Se decidir participar, pode mesmo assim retirar o seu consentimento ou interromper a sua participação em qualquer altura. É livre de não responder a qualquer pergunta, continuando as restantes a ser importantes.

Os seus registos médicos não serão afectados por este estudo. A confidencialidade dos seus dados será mantida.

Qualquer dúvida ou questão pode ser colocada à investigadora ou à coordenadora do projecto (ver os contactos no início da folha).

Declaro que:

☐ Não aceito participar

☐ Aceito participar

- Assinatura do participante _____
- Assinatura de testemunha _____
- Assinatura do investigador _____
- Consentimento verbal ☐